

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA



Percepción del clima social familiar y conductas sexuales de riesgo, según el sexo, en adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez.

Autora: Enf. Charlemagne, Yvelande

Directora: Lic. Quintana, María del Carmen

Docente asesor: Lic. Acosta, Simón

Consultor: Sr. Medina, Omar

Rosario, 22 de diciembre de 2021

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina

Dedicatoria

A Dios, el todo poderoso por permitirme cumplir este sueño en una tierra lejana y distinta a la mía. Gracias por ser mi guía y la luz en mi camino. Gracias por estar siempre a mi lado, por sorprenderme día tras día.

A mis padres, por los valores que me inculcaron, por el apoyo incondicional, por hacerme valorar la educación y tener fe en mí.

Agradecimientos

A la Facultad de Ciencias Médicas y la Escuela de Enfermería de la Universidad de Rosario por permitirme realizar mis estudios de grado.

A mis docentes asesores, Lic. Acosta Simón y Sr. Medina Omar por su invaluable enseñanza, acompañamiento y paciencia para llevar a cabo este proyecto de investigación.

A mi directora de Tesina, por su ayuda.

A mis compañeros de estudio, y de trabajo por bancarme, alentarme siempre a no bajar los brazos. Gracias por acompañarme.

Resumen

La adolescencia es una etapa de búsqueda de identidad en la cual se generan conductas de riesgos, entre ellas, las relacionadas con la sexualidad, afectando directamente el desarrollo familiar y social. Las conductas sexuales de riesgo representan la exposición de los adolescentes a una o varias situaciones que comprometen la salud sexual y reproductiva. Este trabajo de investigación tiene como objetivo describir la relación que existe entre la percepción del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren de manera ambulatoria a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer semestre de 2022.

Será un estudio observacional, descriptivo, transversal y prospectivo; con una población de aproximadamente 100 adolescentes de 14 a 20 años. El tipo de muestreo será no probabilístico. La recolección de los datos se realizará mediante dos cuestionarios, la escala del clima social familiar de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J., Trickett; y la Escala de conductas sexuales de riesgos de Ingledew y Ferguson.

Se utilizará estadística descriptiva y se realizará análisis univariado y bivariado para la comparación de las variables en estudio, utilizando el programa estadístico SSPS. Los datos serán presentados en gráficos de barra y en tablas de distribución de frecuencia.

Palabras claves: Percepción del clima social familiar - Conductas sexuales de riesgo - Adolescencia.

Índice General	Pág.
Resumen y Palabras Clave	3
Índice General	4
Introducción	5
Estado de arte	5
Planteamiento del problema	13
Hipótesis y objetivos	13
Marco Teórico	15
Material y métodos	34
Tipo de estudio	34
Sitio o contexto de la investigación	34
Población y muestra	35
Técnicas e instrumentos para la recolección de datos	36
Personal a cargo de la recolección de datos	43
Plan de análisis	43
Plan de trabajo y cronograma	46
Anexos	47
I-Guía de convalidación de sitio	47
II-Instrumentos de recolección de datos	49
III. Resultados del estudio exploratorio	58
IV. Resultados de la prueba piloto	60
Bibliografía	63

Introducción

La adolescencia se define como el periodo de crecimiento que se produce después de la niñez y antes de la edad adulta, según la Organización Mundial de la Salud entre los 10 y 19 años; independientemente del rango exacto de edad es importante el valor adaptativo, funcional y decisivo que tiene esta etapa. Dicha etapa considerada de transición se produce una crisis en relación con el ciclo vital y se caracteriza por importantes cambios a nivel biológico, social, emocional, intrapersonal, emocional y grandes transformaciones sexuales, lo que genera tensiones y ambivalencias en los jóvenes. (Unicef, 2020)

Es una etapa compleja de la vida que presenta una serie de problemas importantes a resolver, los que deben ser correctamente enfrentados para llegar a una adultez normal, en la cual se empieza a construir la personalidad y el carácter. En este proceso de autoconocimiento e identidad que experimentan pueden adoptar conductas de riesgos entre ellas las relacionadas con la sexualidad afectando directamente su desarrollo y además su entorno social y familiar. (Cardona Duque, Ariza Gerena, Gaona Restrepo, & Medina, 2015)

Erikson define la adolescencia, como una etapa de búsqueda de identidad, la identidad del yo, es decir de quiénes somos, cómo nos adecuamos a la sociedad y qué queremos hacer en la vida. Se crea un sentimiento de continuidad, cohesión interior, sentido de seguridad y adecuación, organización en el tiempo y en el espacio, apreciación emocional, intercambio interpersonal, enfrentamiento a diversas situaciones, aprendizaje sobre la vida, interés sexual, integración al grupo de pares, valoración y participación social, desarrollo profesional, además de autoimagen social. (Fernández Poncela, 2014)

Debido a todos estos cambios, los adolescentes conforman un grupo de gran vulnerabilidad o susceptibilidad, ya que es una etapa de experiencias nuevas donde surgen muchas preguntas internas y externas. Sienten la necesidad de autonomía, de independencia y de contención. Aparecen cambios hormonales que producen pulsaciones y deseos sexuales desconocidos que provocan curiosidad allí es donde la sexualidad tiene un papel sumamente importante. Estos cambios, en ocasiones, pueden ponerlos en peligro a contraer infecciones de transmisión sexual, un embarazo no deseado, enfermedad a largo plazo como cáncer por virus del papiloma humano (HPV), abortos, abandono del hogar, suicidio, y adicciones a sustancias varias. (Aires, 2021)

Las conductas de riesgo en adolescentes son determinantes en la salud, siendo las principales responsables de la morbilidad y mortalidad en esta etapa representan la exposición de los individuos a una o varias situaciones que comprometen la salud sexual, reproductiva y además del desarrollo biopsicosocial; como las prácticas sexuales de riesgo, el inicio temprano de relaciones sexuales, las múltiples parejas, la infidelidad sexual y el consumo de drogas, el no uso de métodos de protección y anticonceptivos. (Saeteros Hernández, Pérez Piñero, & Sanabria Ramos, 2015)

Durante los últimos años, se produjo un aumento de las enfermedades de transmisión sexual en los países de América Latina y el Caribe, debido a un adelanto en la edad de inicio de las relaciones sexuales, generalmente sin protección. Además, las tendencias globales señalan que las poblaciones más jóvenes inician sus relaciones sexuales en edades cada vez más tempranas. (Alfonso Figueroa & Figueroa Pérez, 2017)

Diversos factores contribuyen al inicio más temprano y aumento de la actividad sexual entre adolescentes, entre ellos la aparición de nuevas normas sociales, lo que ha provocado liberación de prejuicios relacionados con la conducta sexual de los adolescentes a lo que se suma las influencias culturales sobre la manifestación de la sexualidad, algunas culturas imponen conductas restrictivas y otras son totalmente permisivas.

En la actualidad, hay más de 20 enfermedades de transmisión sexual que pueden aparecer durante la adolescencia y pueden dejar graves secuelas como la aparición de las enfermedades oportunistas por el deterioro del sistema de defensa del organismo produciendo una alta tasa de mortalidad. (Frómata Ordúñez, y otros, 2005)

Por ende, las infecciones de transmisión sexual (ITS) se han convertido en una problemática de interés mundial sanitaria y social. La OMS estima, que, en 2016, hubo unos 376 millones de nuevas infecciones de alguna de estas cuatro ITS: clamidias (127 millones), gonorrea (87 millones), sífilis (6,3 millones) y tricomoniasis (156 millones). La infección por el VPH provoca anualmente 570 mil casos de cáncer cervicouterino y 300 mil defunciones; y la hepatitis B crónica ha alcanzado los 240 millones de personas. En 2016, más de un millón de embarazadas tenían sífilis activa, que causó complicaciones en alrededor de 350 000 partos, entre ellas 200 mil muertes del feto o el recién nacidos. (OMS, 2019). En Argentina, en el boletín N°37 del Ministerio de la salud de la Nación, se ha publicado estadísticas de nuevos casos de sífilis con una tasa de 56,12% cada 100 mil habitantes. (Ministerio de Salud de la Nacion, 2020)

Cabe mencionar que no solamente los adolescentes se encuentran expuestos a conductas de riesgos, sino también a factores de riesgos tales son los sentimientos de soledad, de frustración, de tristeza, falta de grupo de apoyo, falta de comunicación intrafamiliar, percepción de poco afecto de la familia. La misma conducta de riesgo propia de la adolescencia es considerada como uno de los factores de riesgo de mayor peso de la etapa porque no lo perciben como tal por la sensación de invulnerabilidad que les hace sentir inmunes, invencibles. Tanto las conductas y los factores de riesgos conforman estilos de vida que condicionan enfermedades y muerte temprana. (Rosabal García, Romero Muñoz, Gaquín Ramírez, & Hernández Mérida, 2015)

Considerando al ser humano como ser biopsicosocial, las conductas del adolescente no están aisladas del contexto social en el que se encuentra, guardan estrecha relación con las vivencias diarias con su familia, amigos, parejas, la sociedad; y también con su propia percepción del bienestar psicológico (Peña Borrego & al., 2005)

Por ende, para comprender dichas conductas del adolescente resulta inevitable e importante analizarlas desde la base que es su contexto social primario representado por el ámbito familiar, su primer lugar de vivencia. La familia es considerada fundamental por la influencia que ejerce en el desarrollo de hábitos de vida, formas de expresar afectos, relacionarse con los demás, de resolver conflictos y desarrollar conductas de autocuidado. Las formas de crianza tienen efecto positivo o negativo en la incidencia de conductas de riesgos adolescente (Valenzuela Mujica, María Teresa; al., et, 2013)

La familia es un espacio psicosocial en el que permite a sus miembros obtener y someter a prueba los componentes de la cultura y los estándares sociales que facilitan su integración en la sociedad; y a la vez propician experiencias y repertorios a los hijos que sirven de recursos para el desempeño social en los distintos contextos inmediatos y posteriores. Por lo tanto, la familia actúa como estructurador del comportamiento humano y está inmerso en una compleja combinación de variables organizacionales, sociales y físicas que son básicas en la crianza. (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa, 2013)

La teoría ambientalista de Moos y Trickett considera las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y retoma todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad. (Valencia & Lopez, 2011)

Los padres se enfrentan a una complejidad de situaciones donde sienten que ya no pueden más, no saben qué hacer para ayudar y entender a los hijos adolescentes ya

que la rebeldía, el enfrentamiento, el cambio de humor constante y la desobediencia se han vuelto una cotidianidad en la convivencia. Todo aquello representa un reto tanto para el adolescente como para los padres. Estos últimos comienzan a sentir el desequilibrio en la organización de las pautas preestablecidas en la familia produciendo tensión entre los integrantes y lo convierte en indicador de desarrollo de conductas de riesgo y problemas emocionales de los adolescentes. (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa, 2013)

Se puede decir que la inmadurez, la fragilidad emocional y el control de las conductas de los adolescentes provocan hostilidad cuando se producen conflictos familiares. Estos se convierten en desafíos que enfrentan el entorno familiar en esta etapa de transición y de contradicciones en la identidad del adolescente, a lo que la familia se encuentra con ansiedad, impaciencia, inseguridad y temor. Por causa de ello, los padres reaccionan de manera impulsiva dificultando así la comunicación con los hijos adolescentes.

Por lo tanto, Winnicott destaca el papel especial de la familia en facilitar la inmadurez del adolescente y el logro gradual de su madurez, sin pérdida de su espontaneidad. En este sentido, la familia no está para que el adolescente se adapte a ella, sino ella al adolescente para contener su crecimiento. El ambiente facilitador es aquél que permite establecer una continuidad que anula lo predecible, tanto como evita lo perfecto. Por ende, el crecimiento bueno es aquél en que el adolescente desarrolla toda su imperfección innata, en el sentido de que tiene que ser impredecible y no debe seguir un patrón ya programado. (Klein, 2014) .

Por ende, las buenas relaciones con los padres constituyen un importante factor protector frente a las conductas de riesgo vinculadas con la sexualidad de los adolescentes. Para que estos últimos se desarrollen de manera positiva, la familia debe proporcionar un ambiente de apoyo mediante la comunicación que favorece la iniciativa propia, la protección, el cariño necesario y también el respeto hacia sus necesidades de independencia, de perfección y de creatividad. (Schmidt, Maglio, Messoulam, Molina, & González, 2010)

Varios investigadores han estudiado la relación del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo con diferentes variables para describir la importancia de la familia en el desarrollo de la identidad de los individuos y la percepción de sus integrantes.

A nivel internacional, se ha realizado un estudio de investigación de diseño no experimental de corte transversal descriptivo y de alcance correlacional con el fin de determinar la relación que existe entre el clima social familiar y la resiliencia en estudiantes de de tercero, cuarto y quinto año de secundaria de 6 instituciones pertenecientes a una corporación educativa del norte del Perú. La población estuvo compuesta por 408 estudiantes cuya muestra fue tomada en relación a que 14 casos fueron eliminados de la base de datos porque los instrumentos no habían sido contestados correctamente. Dicha muestra se conformó de 209 varones y 185 mujeres de 13-19 años.

La recolección de datos se llevó a cabo mediante la escala de Clima Social Familiar FES de Moos compuesta de 90 ítems y la Escala de Resiliencia (ER) de Wagnild y Young de 25 ítems mide la resiliencia y la clasifica en niveles Como resultado, concluyeron que cuando mayor es el nivel de desarrollo personal de los estudiantes y las relaciones interpersonales familiares, mayor es la capacidad de resiliencia. También los autores sugieren, que la resiliencia pudo haberse visto fortalecida por las características propias de las instituciones educativas consideradas. (Moya Lozano & Cunza Aranzábal, 2019)

En este sentido, en Ecuador se realizó un estudio de diseño cuantitativo de tipo descriptivo y correlacional no experimental con el objetivo de determinar el clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares de las instituciones educativas del Cantón Milagro, Provincia del Guayas. La muestra estuvo comprendida por 1502 escolares de 8 a 15 años de la cual el 51 % fueron mujeres y 49% hombres. Los datos fueron recolectados mediante la Escala de clima social familiar (FES) de Moos para medir únicamente una de las tres dimensiones que es la de las relaciones interpersonales dentro de la familia con los indicadores de cohesión, expresividad y conflictos. Para la variable conducta violenta, la medición se llevó a cabo mediante la Escala de Conducta Violenta de Little et al., del equipo Lisis, el cual consta de 25 ítems que evalúan dos tipos de conducta violenta en el contexto escolar; por un lado, la agresión manifiesta pura, reactiva e instrumental y por otro lado la agresión relacional pura, reactiva e instrumental.

Para el clima social familiar se evidenció que el 30% se pelean y se critican unos a otros mientras que el 70% son unidos y se apoyan entre sí. El 39% evidenció comunicación cerrada y ofensiva mientras que el 61% tuvo una comunicación abierta y afectiva y por último el 55% refirió tener relaciones interpersonales armónica en el hogar,

mientras que el 45% evidenció presencia de conflictos con relaciones interpersonales violentas de tipo verbal y físico.

En cuanto a la conducta violenta, los resultados revelaron que existió una agresión manifiesta pura de 74% caracterizado por violencia física y psicológica en las relaciones con sus compañeros y una agresión reactiva del 68%. En cuanto a la relación de las dos variables, los resultados evidenciaron que el 38% de desintegración en el sistema familiar, influye en el desarrollo del clima escolar y de las manifestaciones de la conducta violenta de tipo manifiesto y relacional de los escolares. El 49% de los niños expuestos a presencia de relación parental conflictiva en el sistema familiar tuvieron efectos negativos y 70% en la conducta violenta manifiesta y relacional en el sistema familiar. (Zambrano-Villalba, 2017)

Por otra parte, en España se realizó un estudio analítico transversal con el fin de analizar el contexto comunicativo, familiar y escolar en relación con la conducta sexual de los adolescentes según el inicio de actividad sexual, uso de medidas anticonceptivas y conocimientos de enfermedades de sexuales. La población de estudio fueron los estudiantes pertenecientes a la Enseñanza Secundaria Obligatoria de la comunidad de Andalucía, cuya muestra quedo conformada por 2225 estudiantes seleccionados mediante un muestreo probabilístico estratificado según tipos de Centros e institutos de Enseñanza Media, y luego por grupos según sexo y edad.

Para la recolección de datos se creó un cuestionario de 102 preguntas que evalúa aspectos en relación con el entorno familiar constituido por la percepción de valores, disciplinas, comunicación, problemas intrafamiliares el trato de los padres la existencia de problemas por consumo de alcohol y drogas y la percepción de la situación económica familiar. Se obtuvo como resultado que el 60,9% recibió educación sexual en los Centros de Enseñanza, con una valoración de 7.36 puntos sobre 10. Por otra parte, las mujeres con un 54,1% son las que predominan en mantener una relación de pareja. Con respecto a la principal fuente de información sobre sexualidad y métodos anticonceptivos, la principal fuente proviene de los padres y luego de los amigos en un 27,5% y 17% respectivamente. El inicio de las prácticas sexuales arrojó como edad promedio los 14 años donde evidencio un inicio temprano con aquellos adolescentes que valoran peor la relación con sus padres y adoptando prácticas de riesgo potencial en relación a las Enfermedades de Transmisión Sexual sin distinción en función del sexo y género (Cruces Montes, Guil Bozal, Sánchez Sevilla, & Zayas García, 2017)

A nivel nacional se realizó un estudio en una muestra de 140 alumnos de la universidad de Cuyo de Mendoza e instituciones de la Provincia de Entre Ríos mediante un abordaje cuantitativo con un estudio correlacional, con el objetivo de conocer la incidencia que ejerce la percepción del clima social familiar sobre las actitudes ante situaciones de agravio. La muestra fue de tipo no probabilístico intencional de 70 varones y 70 mujeres de 18 a 24 años que cursaban el último año de la enseñanza media, estudios terciarios o universitarios en tres localidades de la Provincia de Entre Ríos y en Las Heras, Provincia de Mendoza.

Se utilizaron como instrumentos de medición la escala de clima social familiar (FES) para describir la percepción que tienen los estudiantes de su clima social familiar; el cuestionario de actitudes ante situaciones de agravio (CASA) y un cuestionario sociodemográfico con las variables edad, género, escolaridad y nivel económico.

Como resultado, las actitudes ante situaciones de agravio se vieron afectas por la percepción negativa del clima familiar y las actitudes psicosociales se relacionaron con un ambiente familiar favorable. Las relaciones familiares proporcionan un aprendizaje de valores y habilidades básicos para la interacción con otros ámbitos de la sociedad. Los adolescentes con mayor expresividad familiar mostraron tener más tendencia a perdonar ante las situaciones de agravio, que los que perciben menos expresividad en sus hogares. (Vargas Rubilar, 2009)

Por otro lado, en un estudio de tipo descriptivo y correlacional de corte transversal tuvo como objetivo identificar los comportamientos sexuales de riesgos y factores asociados en universitarios de Barranquilla. La muestra fue seleccionada por método probabilístico aleatorio y conformada por 235 estudiantes universitarios de la Corporación universitaria Rafael Núñez de 16 -28 años.

Para medir la variable comportamientos sexuales de riesgo utilizó la Encuesta de Riesgo Sexual SRS por sus siglas en inglés, validado y utilizado en el estudio Turchik & Garske, adaptada en la primera parte con preguntas que permiten identificar las características sociodemográficas y algunas características sexuales, como estado civil, orientación sexual y edad de inicio de actividad sexual de la población de los universitarios. Como resultados, la mayoría de los participantes tuvieron entre 20 y 28 años, con una edad media de 23.2 años, predominando el sexo femenino en un 70%, los cuales el 84% informaron estar solteros, un 84% procedieron de familias tipo nuclear y el 64% de nivel económico bajo. En relación a las características sexuales, el 91% manifestaron ser heterosexuales, un 50% iniciaron actividades sexuales entre los 15 y

18 años en el cual un 13% de hombres lo iniciaron antes de los 15 años. Se evidenció a su vez, que el 69% de los universitarios están en pareja o tiene un compañero sentimental.

Con respecto a las conductas sexuales impulsivas y no planificadas, el 66.2% refirieron haber tenido comportamiento sexual con 1 o más parejas en los últimos 6 meses. Por otra parte, un 28.3% de los universitarios llevan a cabo prácticas penetrativas anales en más de una ocasión sin protección. Los resultados relacionados con las prácticas sexuales orales indican que los estudiantes no utilizaron constantemente preservativos con un 60,3% en el fellatio y el 37,6% durante el cunnilingus. (Badillo-Viloria, Sánchez, Vásquez, & Díaz Pérez, 2020) .

Por último, un estudio de investigación de tipo cuantitativo, descriptivo y transversal tuvo como objetivo de determinar los factores de riesgo predominantes relacionados con la adquisición de enfermedades de transmisión sexual en estudiantes de 15-19 años. La población correspondió a 184 estudiantes que asisten a un colegio de educación secundaria de la provincia de Ñuble, sin distinción de género.

Se utilizó dos encuestas para la recolección de datos, el primero fue el Instrumento de trabajo para el estudio de las enfermedades de transmisión sexual y VIH/SIDA en adolescentes, validado por expertos de La Habana en el cual se registra la información acerca de variables sociodemográficas, conocimientos, actitudes y prácticas sobre el VIH-sida. El segundo instrumento fue la encuesta de salud y hábitos sexuales en la cual se evalúa las características sociodemográficas, estilos de vida, información y experiencia sexual, prueba de VIH, salud sexual y actitudes.

Los resultados encontrados fueron que la edad en la que comenzaron a tener relaciones sexuales fue de 15,3 años con prevalencia en el sexo masculino, lo cual el 60,80 % señala ser soltero, el 39,20 % indica estar en una relación de pareja, el 43% no utilizaron preservativos al momento de tener relaciones sexuales, un 98.9% sabían lo que es una ITS y el 52,80% utilizaron con más frecuencia el método anticonceptivo oral. Sobre el vínculo familiar y satisfacción del adolescente, el 53,60 % señaló la satisfacción con respecto al apoyo y ayuda familiar en situaciones de dificultades.

En dicho estudio, también se puso en evidencia el uso de drogas, la obtención de beneficios a cambio de sexo de los participantes y manifestaron tener dificultad para identificar las infecciones de transmisión sexual menos conocidas, gran confusión entre los métodos de anticoncepción y los mecanismos para prevenir las enfermedades de transmisión sexual. (Cifuentes Zúñiga, Gaete Villegas, Sepúlveda Saldias, & et.al, 2021)

Este trabajo de investigación tiene el propósito de contribuir al conocimiento del tema e incentivar a los profesionales de la salud y educadores que se relacionan con la población de adolescentes para concientizar a la familia, acerca de la importancia que ejercen como agentes preventivos de las conductas sexuales de riesgo mediante programas de educación sexual fomentando la integración del adolescente y su entorno familiar.

Otra propuesta es la de incentivar a las autoridades del hospital a crear un Departamento de Salud Sexual y Reproductiva con el fin de tener un abordaje integrador con la población adolescentes con respecto a las situaciones y conductas sexuales de riesgo.

Por todo lo mencionado y dada la importancia de la problemática, se plantea la siguiente **pregunta de investigación**: ¿Qué relación existe entre la percepción del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer semestre de 2022?

Se plantea las siguientes **hipótesis**:

Una inadecuada percepción del clima social familiar resulta en conductas sexuales de alto riesgo en los adolescentes de 14 a 20 años.

Los varones manifiestan una inadecuada percepción del clima social familiar y conductas sexuales de alto riesgo en comparación a las mujeres.

El trabajo de investigación tiene como **Objetivo general** describir la relación que existe entre la percepción del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer semestre de 2022.

Los **Objetivos específicos** son los siguientes:

- Describir la percepción del clima social familiar y el sexo de los adolescentes de los adolescentes 14 a 20 años.

- Identificar el sexo y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de 14 a 20 años

- Determinar la edad de inicio de las relaciones sexuales de los adolescentes.

- Describir la relación entre las relaciones del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de 14 a 20 años.

- Describir la relación entre el desarrollo del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo de los adolescentes de 14 a 20 años.
- Describir la relación entre la estabilidad del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgos de los adolescentes de 14 a 20 años
- Determinar la cohesión, la expresividad y el conflicto en relación a la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20años.
- Describir la autonomía, la actuación, y el control en relación a la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20 años.
- Describir lo intelectual-cultural de la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20 años
- Describir lo socio-recreativa de la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20 años.
- Describir la moralidad y religiosidad de la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20 años.
- Describir la organización de la percepción del clima social familiar de los adolescentes de 14 a 20 años.

Marco Teórico

La adolescencia se caracteriza por el comienzo de la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa lo que la convierte en la etapa final del crecimiento. Para Stanley Hall, fundador de la psicología de la adolescencia, *“es una edad especialmente dramática y tormentosa en la que se produce innumerables tensiones, con inestabilidad, entusiasmo y pasión, en la que el joven se encuentra dividido entre tendencias opuestas. Además, la adolescencia supone un corte profundo con la infancia, es como un nuevo nacimiento en la que el joven adquiere los caracteres humanos más elevados”*. (Dávila León, 2004, pág. 87).

Teniendo en cuenta diferentes concepciones, clásicas y contemporáneas, se pueden encontrar algunos rasgos más o menos comunes desde el punto de vista biológico y fisiológico, la adolescencia es un proceso natural, universal y una característica habitual del desarrollo humano en cuanto a desarrollo físico, durante ella se alcanza la etapa final del crecimiento, con el comienzo de la capacidad de reproducción, pudiendo decirse que la adolescencia se extiende desde la pubertad hasta el desarrollo de la madurez reproductiva completa.

Desde el punto de vista del desarrollo cognitivo o intelectual, la adolescencia, se caracteriza por la aparición de profundos cambios cualitativos en la estructura del pensamiento. Piaget denomina a este proceso, *período de las operaciones formales*. Además del desarrollo cognitivo, comienza con la adolescencia la configuración de un razonamiento social, comienzan a tener relevancia los procesos de identidad individual, colectivo y social. Estos aportan la comprensión del nosotros mismos, las relaciones interpersonales, las instituciones y costumbres sociales. El razonamiento social del adolescente se vincula con el conocimiento del yo y los otros, la adquisición de las habilidades sociales, el conocimiento y aceptación/negación, de los principios del orden social, y con la adquisición y el desarrollo moral y valores. (Dávila León, 2004)

El concepto de adolescencia es una construcción social que va a la par de los intensos cambios biológicos que caracterizan esta etapa de la vida, participan de ese concepto elementos culturales que varían a lo largo del tiempo, de una sociedad a otra y, dentro de una misma sociedad, de un grupo a otro. Desde estas representaciones que cada sociedad construye al respecto de la adolescencia se definen las responsabilidades y los derechos que deben ser atribuidos adolescentes y el modo de como tales derechos deben ser protegidos.

La teoría psicoanalítica concibe la adolescencia como resultado del desarrollo físico y biológico que llevan a una modificación del equilibrio psíquico, produciendo una vulnerabilidad de la personalidad, donde también ocurre un despertar sexual y modificaciones en los lazos familiares origen, pudiendo presentarse una desvinculación con la familia y de oposición a las normas, gestándose nuevas relaciones sociales y cobrando importancia la construcción de una identidad y la crisis de identidad asociada con ella. A lo que Erikson sostiene, en su teoría psicosocial, que la adolescencia es un período de crisis en el que se produce la búsqueda y la formación de la identidad personal, la cual se construye a partir de las interacciones con otros. Es un fenómeno de un gran componente emocional en el cual aparece y crece los intereses por la sexualidad y la construcción de la identidad sexual. (Dávila León, 2004) (Bordignon, 2005)

Por otro lado, la teoría sociológica, define a la adolescencia como el resultado de tensiones y presiones que vienen del contexto social, fundamentalmente en lo relacionado con el proceso de socialización que lleva a cabo el sujeto y la adquisición de roles sociales. La teoría de Piaget sostiene que existen cambios en el pensamiento durante la adolescencia producto de la interacción entre factores sociales e individuales, y donde el sujeto tiende a la elaboración de planes de vida y las transformaciones afectivas y sociales. (Dávila León, 2004)

En este sentido, se considera una etapa crucial durante la cual se elabora la identidad tomando nuevas direcciones en el desarrollo y así se plantea el sentido de la vida, la pertenencia y la responsabilidad social. (Hernández Moreno, 2011)

A su vez, constituye una etapa especial del desarrollo, del crecimiento y en la vida de cada individuo, siendo esta una fase de transición entre la infancia y la adultez. En donde se produce la elaboración de la identidad definitiva de cada sujeto que se plasmará en su individuación adulta lo que supone un trabajo mental gradual, lento y lleno de dificultades. Ello se manifestará en un conjunto de complejos sintomáticos que resumen las luchas y en ocasiones violentos esfuerzos por resolver los retos que plantea el crecimiento y poder alcanzar el estadio adulto. En esta etapa de crisis se describen tres características fundamentales, entre ellas, la adolescencia como duelo por el mundo infantil, ya que es una etapa de pérdida y renovación donde se abandona el funcionamiento infantil, las relaciones infantiles con los padres, un cuerpo infantil y unas vivencias psíquicas de tipo infantil, período donde el adolescente debe elaborar ese duelo con las ansiedades y dolor depresivo consiguiente. Se puede agrupar la labor de duelo y dolor en tres ámbitos fundamentales que son el duelo por el cuerpo infantil

perdido, el duelo por el rol y la identidad infantil que le obliga a una renuncia de la dependencia infantil y a una aceptación de responsabilidades, que en muchas ocasiones desconoce y el duelo por los padres de la infancia a los que persistentemente trata de retener en su mundo interior, buscando el refugio y la protección que ellos significan.

Por otro lado, otra característica es la renovación de la problemática psíquica establecida en la infancia y su resolución y finalmente por ser una etapa llena de nuevas expectativas, ilusiones y descubrimientos vitales. La persona en esta etapa debe ir abandonando paulatinamente el mundo de la infancia y niñez, pero al mismo tiempo tiene que ir haciendo frente a los cambios puberales con la aparición de la genitalidad y su potencial de devenir un adulto. Lo nuevo puede ser vivido como una amenaza al equilibrio obtenido durante el período de latencia. Lo característico de la adolescencia es la ansiedad del Yo ante la amenaza del desarrollo instintivo, un Yo que quedó formado en la infancia y que tiene que desplegar las más variadas defensas para sobrevivir ante la presión instintivo-pulsional. La emergencia pulsional es una amenaza en la medida en que pone en peligro el equilibrio obtenido y configurado en la latencia. En la adolescencia los deseos del complejo de Edipo son experimentados dentro del contexto de una persona que posee genitales maduros físicamente pero un Yo inmaduro todavía, por lo que se instrumentan defensas que alejen el peligro del incesto, buscando un equilibrio de compromiso entre lo que es deseado y lo que el *super Yo* les permite.

En esta etapa también se analizan los significados de los cambios corporales en la configuración de la identidad definitiva como adulto. El adolescente lo estrena todo cuerpo, relaciones, capacidades, sexualidad, ideas, relaciones con los demás y con el mundo que le rodea y realiza denodados esfuerzos progresivos por conseguir su identidad adulta. Se esfuerza por adquirir su madurez y el temor de verse dominado por ansiedades y conflictos infantiles, de esta forma convive un adolescente aterrorizado por descubrir un cuerpo sexual y un adolescente atemorizado por no lograr su anhelo de desarrollarse. (Lillo Espinosa, 2004)

Por otra parte, la Organización Mundial de la Salud divide la adolescencia en tres etapas, dominadas por los cambios físicos, biológicos y psicológicos, denominadas adolescencia temprana, media y tardía (Unicef) es una etapa de gran importancia de consolidación de las formas de vida que permitan mantener la salud y retrasar el daño. (Valenzuela Mujica, Ibarra R., Zubarew G., & Correa, 2013)

La adolescencia temprana está comprendida entre los 10 y 13 años, identificada por los cambios hormonales y físicos como la aparición de los vellos axilares, púbico, el

tono de voz, la búsqueda de nuevos amigos, el crecimiento brusco y el engrosamiento de las mamas, a nivel psicológico y mental empiezan a mejorar la capacidad cognitiva como evolución del pensamiento con fantasías y autointerés, emergen sentimientos sexuales con una falta de control de impulsos. El adolescente busca nuevas metas y objetivos permitiéndole realizarse como individuo único. Considerándose como una edad tan compleja y trascendental requiere de una atención consecuente destacando así la importancia del apoyo y control de la familia para poder ayudar a enfrentar o transitar estos cambios. (Calero, Quiñones, & Martínez, 2017) Durante esta etapa el adolescente pierde el patrón de las conductas adquiridas durante la infancia y la relación con los padres se hace más difícil, existe mayor recelo y confrontación; el humor es variable y existe un vacío emocional.

Por otro lado, la adolescencia media es el periodo comprendido entre los 14 y 16 años observándose cambios en la identidad, la construcción del yo la independencia de los padres, desarrollan ideales y son fácilmente influenciados por sus pares. Existe mayor capacidad intelectual, creatividad, sentimientos y empatía. Aparecen los sentimientos de omnipotencia e inmortalidad que pueden llevarlos a adoptar actitudes de riesgo como los accidentes, drogadicción, embarazos e infecciones de transmisión sexual. Por todo esto se la considera la etapa más frágil ya que conlleva a la exposición constante a situaciones de riesgo. (Diz, 2013)

La tercera y última etapa llamada la tardía es considerada como la de aceptación en la definición de la identidad y empieza desde los 17 hasta los 21 años. Los adolescentes se sienten adultos capaces de llevar el mundo por delante, aparecen las actitudes egocéntricas, empiezan a relacionarse seleccionando grupo reducido de amigos con características bien definidas que los identifican. Se destaca mayor integración, mayor independencia y madurez, con una vuelta a los valores de la familia en una especie de regreso al hogar (Diz, 2013). En esta etapa, el pensamiento ya es abstracto con proyección de futuro, se establecen los objetivos vocacionales prácticos y realistas. Se delimitan los valores morales, religiosos y sexuales, estableciendo la capacidad para comprometerse y establecer límites. Empiezan a tener independencia económica, a tomar conciencia de su imagen corporal y aceptarla, a su vez afianzan relaciones con los amigos o parejas, también se establece la identidad sexual, vocacional, moral y del yo. (Vicario & González-Fierro, 2014).

Otros cambios vividos en esta etapa son los psicosociales y afectivos donde las emociones están a flor de piel y los cambios en la personalidad. Además, son súbitos y

rápidos en especial la irritabilidad así también surge una falta de interés generalizado. (Fernández Poncela, 2014).

Como es un período de crisis al no poder resolverse emerge una patología, un defecto o fragilidad específica que se transforma en la mayoría de los casos en comportamiento o conducta de riesgo. La cual se define como toda actividad que aumente la probabilidad de perder la condición de salud y que contribuye a una muerte prematura o discapacidad. Son conductas dinámicas y cambiantes en el tiempo y espacio. (Paredes Iragorri & Patiño Guerrero, 2020) .

Basándonos en las conductas de riesgo que caracterizan este periodo del desarrollo humano, se encuentran una pluralidad de factores influyentes organizados en tres categorías los cuales son los factores intrapersonales, interpersonales y culturales/ambientales. Los factores intrapersonales son las cualidades innatas de cada individuo determinadas por lo hereditario, rasgos físicos y de personalidad, desarrollo puberal, el adelanto de la menarquia género, tendencias afectivas y capacidad mental. Por otro lado, los factores interpersonales hacen alusión a la relación existente entre el adolescente y otros individuos, y las consecuencias que se producen de esta interacción con padres, amigos, escuelas, entre otros. De la calidad de esta relación dependerá la probabilidad de que el adolescente presente conductas de riesgo. Finalmente, los factores culturales y ambientales representan la interacción entre los factores inter e intrapersonales del adolescente con su entorno. (Paredes Iragorri & Patiño Guerrero, 2020).

Durante el periodo de la adolescencia, el cuerpo experimenta una serie de cambios madurativos producto de la combinación de las hormonas de crecimiento y de las hormonas sexuales, en la cual aparece la atracción física, deseo sexual por otro individuo y la necesidad urgente de recibir afecto. Dicha combinación suscita el despertar del deseo sexual a pleno que muchas veces los adolescentes se niegan a hablarlo con los padres o personas que les puede educar, ayudar a entender y asimilar el proceso, sino consultan a sus pares o recurren a la tecnología para obtener esta información que resulta ser deficiente y ambigua. (Fernández Poncela, 2014).

Biológicamente, el adolescente está preparado para reproducirse, pero no tiene la madurez suficiente para enfrentar el proceso lo que propicia, en conjunto con otros factores, el inicio precoz de la actividad sexual, las múltiples parejas, la frivolidad de los sentimientos convirtiéndose en conductas sexuales de riesgos (Fermoselle Hulla, Pupo Duran, Pérez Macías, & Favier, 2009) ; que, a su vez, potencian el riesgo en la salud

sexual y reproductiva. Esta última se define como un derecho fundamental de mujeres y hombres de disfrutar la vida sexual y decidir libremente sobre aspectos reproductivos, e implica la posibilidad de ejercer los derechos sexuales y reproductivos plenamente. (Castañeda Porras, Gerónimo Ortega, Reyes, Segura, & Morón Duarte, 2009).

A su vez, dichas conductas se han convertido en problemáticas de investigación en salud mundial a lo que Ferguson y Ingledew crearon una escala para poder medir el riesgo en las conductas sexuales de los individuos con preguntas en relación al inicio de la actividad sexual, número de parejas, relación con desconocidos, el uso de preservativos, de métodos anticonceptivos, relaciones sexuales bajo efectos del alcohol o drogas.

Las relaciones sexuales se definen como el contacto físico entre individuos con el objetivo de tener placer sexual, o con fines reproductivos (Mendoza Tascón, Claros Benítez, & Peñaranda Ospina, 2016). Son consideradas como formas de comunicación, expresiones de amor, afecto y de placer. (Cardona Duque, Ariza Gerena, Gaona Restrepo, & Medina, 2015).

El inicio de la actividad sexual es un hecho trascendental del ciclo vital del individuo su propio desarrollo emocional y permite establecer relaciones con sus pares de manera igualitaria. Se ha convertido en una obligación por el contexto social donde se desenvuelve el adolescente para poder sentirse parte de un grupo ya que los temas de conversación sobre las experiencias sexuales son constantes entre los amigos, compañeros o vecinos. Entonces, para poder participar en las charlas y comunicación del grupo, para ser parte del grupo tienen la necesidad de experimentar, lo que lo lleva a iniciar precozmente a la vida sexual y con poca información, en las mujeres la presión aparece como prueba de amor hacia el novio.

Otra fuente de influencia es la televisión, ya que cumple función de socializadora mostrando patrones culturales y normas sociales. En la tele, se ve a menudo parejas que tienen relaciones sexuales al poco tiempo de conocerse promocionando los encuentros casuales y las múltiples parejas. A partir de allí, se proyecta una imagen de la actividad sexual libre de responsabilidades y obligaciones. (Welti Chanes, 2005)

La región de América Latina y el Caribe cuenta con las tasas más altas del mundo en términos de principios de la iniciación sexual de las niñas. Más del 22 por ciento han tenido su primera relación sexual antes de cumplir los 15 años. (Unicef, 2019) En Buenos Aires, en una encuesta realizada a una población estudiantil en 1995, se observó que la edad promedio de inicio de relaciones sexuales, fue de 14,9 años para varones y 15,7

años para mujeres, variando la proporción según el tipo de escuela a la que asistían como la religiosa, laica y laica de sectores populares (Issler, 2001).

Al empezar a tener relaciones sexuales a temprana edad, empieza la actividad propiamente dicha definida como expresiones que se dan entre dos personas. En esta etapa de autodescubrimiento y exploración sexual, las parejas sexuales tienden a ser de corta duración lo que produce un aumento con respecto al número de parejas y lo expone a mayor riesgo de contactos sexuales sin protección.

Este fenómeno de las múltiples parejas es debido a la percepción social actual de la sexualidad que debe ser vivida libremente, donde la monogamia ha perdido sentido. Existe un concepto en la actualidad denominado *amigos con beneficios*, el cual es un marco relacional novedoso, en el cual se entablan relaciones sexuales ocasionales entre dos amigos. Al ser amigos hay una relación de confianza en la cual se cree conocer la vida sexual del otro, lo que disminuye la percepción de riesgo de contraer una infección de transmisión sexual e interfiere en el uso de preservativo y otras conductas preventivas. (García Serrán & Soriano Ayala, 2016)

Con respecto a las relaciones bajo efectos del alcohol y drogas constituyen una conducta de riesgo debido a que son elementos inhibidores y reforzadores de las expectativas sexuales y favorecen la inclinación a participar en relaciones o conductas sexuales de riesgo. Desde tiempos muy remotos el hombre y la mujer han buscado sustancias que les permitan incrementar su placer sexual, y han recurrido a plantas, alimentos, y por supuesto, a sustancias naturales o sintéticas como lo son las drogas. (González Marquetti, Gálvez Cabrera, Álvarez Valdés, Cobas Ferrer, & Cabrera del Valle, 2005)

La OMS define como droga aquellas sustancias químicas, naturales o sintéticas con tropismo preferente sobre la actividad mental, y que pueden ser utilizadas en la clínica o en la experimentación. Otros autores definen a las sustancias psicótropas como sustancias que producen dependencia y que se absorben voluntariamente para provocarse determinadas sensaciones o estados psíquicos no justificados terapéuticamente, lo que provoca cambios en el comportamiento y dependencia. (Castaño Pérez, 2012).

El consumo actual de las distintas drogas es mucho más superior al de hace 50 años debido a la permisividad, la accesibilidad y la disponibilidad en la sociedad. El alcohol, la marihuana, la cocaína y demás en nuestro entorno constituyen elementos de amenaza sanitaria y social, sobre todos en adolescentes, ya que no tienen las

habilidades adecuadas de afrontamiento. Son llamadas drogas de consumo recreativo, porque de mayor uso en lugares de ocio como cumpleaños, recitales, boliches y de más. De allí, se produce el consumo, seguir consumiendo o correr el riesgo de ser dependiente a estas drogas. Otro factor de riesgo que motivan al consumo de drogas son familias y amigos con antecedentes de adicciones, condiciones socioeconómicas, fracaso escolar, y demás. (Becoña Iglesias, 2000)

En varios estudios realizados, se ha comprobado que un alto porcentaje de adolescentes han consumido una sustancia psicoactiva antes de tener relaciones sexuales, porque según ellos facilita el inicio, desinhibe y aumenta la excitación sexual llevándolos como consecuencia a tener prácticas sexuales de riesgo. Bajo efectos del alcohol y drogas hay mayor probabilidad de relaciones sexuales sin protección, múltiples parejas, relaciones con trabajadoras sexuales y sexo a cambio de alcohol o drogas. (Castaño Perez, 2013)

Debido a un mayor número de relaciones sexuales sin protección hay una mayor recurrencia de los adolescentes a realizarse pruebas de embarazo y pruebas de ITS.

Las ITS son infecciones de transmisión sexual que se dan por tres vías las cuales son por vía sexual, sanguínea o por la perinatal. La vía sexual es la transmisión por relaciones sexuales sin uso de preservativo, a través del contacto con semen, líquido preeyaculatorio, fluidos vaginales y sangre. La vía sanguínea se refiere al contacto con sangre o por compartir elementos cortopunzantes. Por otro lado, la vía perinatal hace referencia del contagio por los fluidos presentes en el proceso de gestación, durante el parto o por la lactancia.

Para evitar embarazos y contraer enfermedad de transmisión sexual, se debe de usar métodos anticonceptivos los cuales son capaces de evitar o reducir las posibilidades de un embarazo.

A sí mismo, el preservativo es el único método anticonceptivo que protege contra el contagio de las infecciones sexualmente transmisibles y a la vez evita en embarazo formando una barrera que impide la unión de los espermatozoides con el óvulo. Existen preservativos para las mujeres y para los hombres; y también otros métodos de anticonceptivos como la vasectomía, píldoras hormonales, implantes subdérmico, parches y anillos vaginales, método del calendario o método del ritmo y demás.

Por ende, el preservativo es el mejor anticonceptivo por su inocuidad y ausencia de efectos colaterales, y además es la forma más eficaz de protección contra las ITS, entre ellas inclusive el VIH ya que tiene alguna sustancia capaz de inactivar el virus. Sin

embargo, los adolescentes y jóvenes no lo usan de manera regular por los mitos y creencias que lo asocian con la disminución del placer sexual; las relaciones extramatrimoniales, la prostitución, la promiscuidad; y que no existen posibilidades reales de contagiarse de una infección sexualmente transmisible. (García Roche, Cortés Alfaro, Vila Aguilera, Hernández Sánchez, & Mesquia Valera, 2006). (Soto, 2007).

En cuanto a normativas, en Argentina, la salud sexual y reproductiva es un derecho para todos los ciudadanos. A partir de los 13 años, se puede acceder a la información y a todo tipo de métodos de anticonceptivos sin el método anticonceptivo que cree el más conveniente. Esta libertad y este derecho están estipulados en la Ley 25673 de salud sexual y procreación responsable y a partir de los 18 años se puede acceder al método anticonceptivo de manera quirúrgica por la Ley 26130 en cualquier efector público o privado gratuitamente´ (Ministerio de Salud de la Nación, s.f)

En este sentido, se ha sancionado una ley sobre la educación sexual llamada Ley 26150 de Educación Sexual Integral (ESI) que establece el derecho de los niños, adolescentes y adultos a recibir información, conocimientos sobre la salud sexual. Y es considerada como un espacio sistemático de enseñanza y aprendizaje que promueve saberes y habilidades para la toma de decisiones conscientes en relación con el cuidado del propio cuerpo, las relaciones interpersonales, el ejercicio de la sexualidad y los derechos de niñas, niños y adolescentes. Se trata de una propuesta pedagógica que responde a las etapas del desarrollo de las y los estudiantes y forma parte del proyecto educativo de la escuela. Además, impulsa el trabajo articulado con centros de salud, organizaciones sociales y familias. Esta ley tiene como objetivos de prevenir problemas relacionados con la salud sexual y reproductiva y de asegurar la transmisión de conocimientos pertinentes, precisos, confiables y actualizados sobre los aspectos involucrados en la educación sexual. (Pedrido Nanzur, 2017) .

Este programa de educación sexual trascendental tiende a resolver los problemas relacionadas a las conductas sexuales de riesgos de los adolescentes siendo, ya que los orienta a fortalecer el desarrollo de hábitos saludables, fomentando su pensamiento crítico para la toma de decisiones en su salud.

Resumiendo, sobre todo lo anterior mencionado, la sexualidad es un proceso que involucra la consolidación de la identidad y de la conducta, la cual está influenciada por la relación entre los cambios biológicos con percepciones individuales y los valores socioculturales. Estos valores son aprendidos, en primer lugar, en el ámbito familiar.

Por tal motivo, la familia juega un rol imprescindible en la educación sexual de los adolescentes ya que es el grupo más cercano a ello, en el que viven y se desarrollan. Debe ser el primer lugar de enseñanza cuando los hijos empiezan a vincularse con sus pares. La mirada sociológica la considera como un conjunto de personas unidas por lazos parentales ya sea por vínculos de afinidad, el matrimonio o de sangre. Es el hábitat natural del hombre, el primer recurso y el último refugio. A su vez, mediatiza la interacción entre el individuo, la sociedad y su familia, sensiblemente conectada a la dinámica social y a las realidades históricas de las distintas etapas de su ciclo vital. (Valladares González, 2008)

Desde el punto de vista jurídico, la familia es definida como la célula básica de la sociedad, y es protegida por las leyes y la Constitución (Martínez Vasallo, 2015).

Para la ONU, *“la familia es mucho más que una unidad jurídica, social y económica ya que hablar de familia es hablar de vida, de transmisión de valores, de educación, de solidaridad, de estabilidad, de futuro, en definitiva, de amor”*. (Consejo de derechos humanos de Naciones Unidas, 2015). Por otro lado, para la OMS *“la familia es el conjunto de personas que conviven bajo un mismo techo, organizadas bajo roles fijos, con vínculos consanguíneos o no, con un modo de coexistencia económica social común y con sentimientos que los unen”*. (Oliva Gomez & Villa Guardiola, 2014).

La familia representa la base institucional de cualquier sociedad humana dando sentido a sus integrantes a través de roles, jerarquías y del desempeño de ciertas funciones, lo que los prepara para poder afrontar situaciones que se presentan en sus vidas desarrollando habilidades psicosociales. (Gutierrez Capulin, Diaz Otero, & Ramon Reyes, 2016) (Bezanilla & Miranda, 2013)

Por lo tanto, es una unión que integra espacios y aspectos tanto conocidos como desconocidos de las personas que varía según la época, la cultura, el contexto ambiental en sí. Se constituye en una unidad espiritual, cultural y socioeconómica, creando como lazos que van más allá de lo físico y emocional, permitiendo a cada miembro sentirse parte del otro, compartiendo los sueños y las expectativas, alegrías, sufrimientos y el dolor. (Eduardo & Guardiola, 2014)

En los últimos tiempos, la familia ha adoptado distintos cambios en cuanto a sus formas de organización y de parentesco, entre ellas se han distinguido diferentes tipos de familia, las cuales son la nuclear, monoparental, extensa y reconstruida entre otras.

Por ende, la familia nuclear o elemental es la unidad familiar básica que se compone de padre, madre e hijos estos últimos pueden ser la descendencia biológica de

la pareja o miembros adoptados por la familia. Los miembros de la familia nuclear tienden a permanecer juntos en la misma casa.

La familia monoparental es aquella familia que se constituye por uno de los padres y sus hijos. Ya sea porque los padres se han divorciado y los hijos quedan viviendo con uno de ellos, por lo general la madre, por un embarazo precoz donde se configura otro tipo de familia dentro de la mencionada, es decir madre soltera, o por fallecimiento de uno de los cónyuges.

La familia extensa o consanguínea se compone de más de una unidad nuclear, se extiende más allá de dos generaciones y está basada en los vínculos de sangre de una gran cantidad de personas, incluyendo a los padres, niños, abuelos, tíos, tías, sobrinos, primos y demás.

Por otro lado, la familia reconstituida está conformada por dos adultos en la que al menos uno de ellos, trae un hijo de una relación anterior. El padre/madre biológico ausente, fuera del hogar o fallecido, tiene los derechos legales y emocionales sobre sus hijos, y el compañero/a de la familia reconstituida tienen un papel complementario, pero no sustituto del padre/madre biológica, además de definido y aceptado por los demás. (Martínez Vasallo, 2015)

En la actualidad, cabe destacar que hay otros tipos de familia como la familia homoparental, la creada por medio de la adopción de niños y la creada por la producción asistida.

A pesar de que existen muchos tipos de familia en actualidad, todas cumplen funciones destinadas a suplir las necesidades básicas de sus integrantes, como las de reproducción, de protección, de socialización, de canalización de afectos, de ética y moral.

La función de reproducción consiste en la facultad de procrear para garantizar la continuidad de la especie humana asumiendo la responsabilidad del cuidado y la protección de sus miembros. La familia es responsable de satisfacer las necesidades esenciales del ser humano para su subsistencia, alimentación, salud, vivienda, vestuario y en general todo lo que contribuye a su bienestar.

La familia es el medio primario para transmitir la cultura de generación en generación también sirve como vínculo entre el individuo y la comunidad como principal espacio de apoyo al sostén social. La socialización de los hijos se realiza de acuerdo con las pautas culturales del grupo familiar y de la sociedad; juega una parte crítica en facilitar o limitar la movilidad social de sus miembros.

La función afectiva de la familia representa la clave para el desarrollo óptimo de la personalidad donde sus miembros establecen una red de comunicaciones, que los une con el propósito de propiciar el normal crecimiento y madurez del adolescente. Se impone lograr la respuesta afectiva con un progreso armónico e integral entre ellos recompensa. (Pi Osoria & Cobián Mena, 2009)

Los padres también les enseñan a los hijos funciones de género que son una parte importante de la función económica de cada familia, hay una división del trabajo que consiste en funciones instrumentales por ejemplo el hombre mediante el trabajo fuera del hogar y las funciones expresivas por las mujeres mediante trabajo dentro de la familia brindando apoyo emocional, cuidado físico de sus integrantes. Estas funciones garantizan que las familias estén bien equilibradas y coordinadas. Cabe destacar que hoy en día, las funciones de las mujeres en el ámbito familiar han sufrido un gran cambio por su incorporación en el mercado laboral. Por último, la función de ética y moral consiste en transmitir los valores necesarios para vivir y desarrollarse en armonía con los demás. (Casares García, 2008)

Existen varias teorías que destacan la importancia de la familia en el desarrollo del individuo, entre ellas se puede mencionar la teoría de sistemas ecológicos de Bronfenbrenner, que explica las diversas influencias que ejercen los entornos sobre el desarrollo, afirma que el ambiente ecológico es una estructura de sistemas que influye directa o indirectamente sobre las personas; e incluye múltiples interacciones dentro del entorno del individuo y lo clasifica de esta manera el microsistema es el ámbito social y físico más cercano al individuo donde se desarrollan los roles, las relaciones interpersonales, como la familia, amigos y escuelas; mesosistema es la relación o interacción entre dos o más microsistemas, es decir las interacciones que rodean al individuo; exosistema engloba las instituciones donde las familias están sujetas a operar bajo reglas y políticas de funcionamiento como por ejemplo el sistema de salud, situación laboral de los padres; macrosistema incluye los valores y las creencias de una cultura e influyen a las instituciones que afectaran al individuo por ejemplo políticas educativas, de salud y nutrición infanto-juvenil, salud maternal entre otras; Y por último, en el cronosistema todo esto sucede en un contexto histórico. Los valores culturales cambian con el tiempo, al igual que las políticas de las instituciones o los gobiernos, el desarrollo ocurre en un punto en el tiempo. (Salinas Quiroz, Cambón Mihalfi, & Silva Cabrera, 2015)

Para la teoría sistémica, la familia es una institución social compleja, dinámica, de partes cambiantes, subsistemas que desempeña un papel clave en la estabilización de

la sociedad, principal agente de socialización y enculturación, en ella se enseña a sus miembros las formas de pensar y comportarse siguiendo las normas, valores, creencias y actitudes sociales y culturales. Se destaca la importancia de la comunicación como vínculo que define las relaciones transmitiendo no solamente información sino también imponiendo conductas. (Lilian Acevedo & López, 2019). También aplica los límites como una distintiva separación emocional, psicológica o física entre individuos, funciones y subsistemas en la familia ya que son cruciales para el funcionamiento saludable de la familia. (Laff & Ruiz, 2021)

Por otro lado, la psicología ambiental plantea que las conductas y las actitudes ambientales son la base para que el individuo decide dónde quiere vivir, su satisfacción o no con el ambiente donde habita; conformando a su vez las opiniones que se tienen acerca de la protección del ambiente natural y la conservación de los recursos con muchas influencias en sus decisiones. (Baldi López & García Quiroga, 2006). Estudia al individuo y su relación con el ambiente que lo rodea y plantea que la experiencia humana está relacionada no solamente con el espacio y el lugar sino también con la historicidad de los individuos.

Según el posicionamiento de Piaget, la maduración biológica, la experiencia con el entorno físico-social y el equilibrio son factores ambientales dados de manera natural mediante las interacciones que pueden influir en el desarrollo cognitivo, pero no dirigirlo. Por otra parte, Lev Vygotsky describe al entorno social como el facilitador del desarrollo y del aprendizaje planteando que el ser humano tiene la capacidad de modificar el medioambiente para su beneficio. A lo que Edward Thorndike coincide en que las consecuencias satisfactorias producen resultados deseables y permiten que los individuos se adapten a sus entornos. Esto significa que, en el entorno familiar, cualquier comportamiento observado por los integrantes de la familia tiene repercusión en la conducta de cada uno de ellos. (Enfermería, 2018).

Según Moos y Trickett, el clima social familiar representa a las particularidades psicosociales e institucionales de un grupo familiar y todo aquello que se suscita en la dinámica familiar, desde su estructura, constitución y funcionalidad. El clima social en que se relacionan los adolescentes tiene influencia significativa en sus sentimientos, salud, actitudes, conductas y en su desarrollo personal, social e intelectual. (Valencia & Lopez, 2011). En este trabajo, vamos a enfocarnos en la teoría de Moos.

El clima social familiar es la percepción de las características socio ambientales de la familia, descrita en función de las relaciones entre los miembros de esta, los

aspectos del desarrollo y su estructura. Se entiende por percepción a la capacidad de recibir e interpretar los estímulos externos e internos, es un proceso cognitivo variable según el individuo. Se pone de manifiesto el orden y la significación que la sociedad asigna al ambiente. Los eventos percibidos por debajo de la conciencia se pueden poner de manifiesto cuando influyen sobre la conducta. Dicha conducta comprende el proceso de selección y elaboración simbólica de la experiencia sensible, teniendo como límites las capacidades biológicas humanas y el desarrollo de la cualidad innata del hombre para la producción de símbolos. (Vargas Melgarejo, 1994).

Para evaluar el clima social familiar percibido de Moos y Trickett existen tres dimensiones que a su vez se dividen en diez escalas. La primera dimensión considera las relaciones y está conformada por el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza. A su vez está subdividida por la cohesión, que es el grado en que los miembros de la familia se apoyan y ayudan entre sí; la expresividad, grado en que se permite a los miembros de la familia expresar libremente sus sentimientos; y el conflicto que es el grado en que se expresan abiertamente la cólera, la agresividad y el conflicto entre los miembros de la familia.

La dimensión de desarrollo, apunta a los procesos de despliegue personal que se dan y propician dentro de la familia; comprende la autonomía que trata del grado en el que los miembros de la familia están seguros de sí mismos, la actuación, que se refiere al grado en el que las actividades se enmarcan en una estructura orientada a la acción competitiva; lo intelectual-cultural, que significa el grado de interés en las actividades intelectuales y culturales; la social-recreativa, que mide el grado participación en actividades lúdicas y deportivas, y la moralidad-religiosidad, definida por la importancia que se da a las prácticas y valores de tipo ético y religioso.

La tercera dimensión es la estabilidad que se refiere a la estructura y formación de la familia y a la manera en que el control se ejerce entre sus miembros.; está formada por la organización que evalúa la importancia que se da a la planificación de las actividades y responsabilidades de la familia, y el control o grado en que la dirección de la vida familiar se atiende a reglas y procedimientos establecidos. (Valencia & Lopez, 2011)

El adolescente debe vivir en un ambiente adecuado con un clima social familiar óptimo e integral, donde los padres e hijos muestren mutuo respeto, unión y pleno desarrollo personal con ejemplo y calidad de vida. Para Bishop, la familia promueve la salud mental en la sociedad, ya que es donde se genera por primera vez los

comportamientos o estilos de vida en sus miembros y es la razón por la cual juega un rol imprescindible en la adquisición y modificación de conductas en cada uno de sus miembros, favoreciendo el bienestar físico, mental y social. (Vargas Rubilar, 2009). En esta etapa, tanto el adolescente como la familia deben ajustarse a los cambios y modificar sus reglas para permitir que los hijos puedan desarrollarse y vincularse con la sociedad.

Un clima social familiar adecuado representa una fuente de transmisión de factores protectores de una buena calidad de vida en la que se proporciona seguridad en sí mismo, alta autoestima sobre todo amor y la aceptación incondicional; y que permiten enriquecer la vida de los adolescentes. A lo que le convierte en un entorno del logro de un bienestar subjetivo entre sus integrantes.

En la adolescencia, los hijos experimentan pensamientos de rechazo hacia todo lo previamente establecido incluyendo un enfrentamiento a las normas impuestas y las expectativas familiares. Es la etapa de No y del deseo de autonomía. (Vargas & Barrera, 2002)

Como lo menciona Bowlby, el logro de dicha autonomía vinculada es propiciada por los padres por las prácticas que ejercen en su rol de socializador en el entorno familiar. Por un lado, la autonomía se define como el grado en el que ellos responden oportuna y adecuadamente a las necesidades de los hijos, validen sus opiniones, sentimientos y expectativas. Por otro parte, la vinculación se evalúa como el grado de cohesión familiar y de aceptación de los padres como son las expresiones de cariño, la buena comunicación, el disfrutar de buenos momentos en privacidad y demás. Cuando el adolescente logra con éxito esta autonomía, se espera que pueda cumplir con las distintas tareas de desarrollo esperada de esta etapa de transición. (Vargas & Barrera, 2002) .

Pues, los adolescentes que perciben mayor fomento de la autonomía por parte de los padres muestran menores probabilidades de iniciar actividad sexual temprana; y que la supervisión de sus actividades es una de las principales estrategias de la función protectora de la familia y está asociada con un buen ajuste psicológico permitiendo la postergación en la iniciación de la actividad sexual y conductas de menor riesgo. (Vargas & Barrera, 2002)

Basándonos en algunas de las teorías de enfermería para comprender su quehacer con la población de adolescentes, se pueden adaptar tres modelos teóricos en

el presente estudio, los cuales son la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, La teoría de Virginia Henderson y la de Hildegard Peplau con la teoría psicodinámica.

Orem en su teoría considera al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante con capacidad de reflexionar sobre sí mismo y su entorno. Debe ser capaz de pensar, comunicarse y guiarse para realizar actividades beneficiosas para su salud y de la de los demás a través del autocuidado. El autocuidado debe aprenderse y aplicarse de forma deliberada y continúa en el tiempo, siempre en correspondencia con las necesidades de regulación que tienen los individuos en sus etapas de crecimiento y desarrollo, estados de salud, características sanitarias o fases de desarrollos específicas, factores del entorno y niveles de consumo de energía.

Esta teorista define tres modelos de autocuidado los cuales son la teoría del autocuidado, que describe porqué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la del déficit del autocuidado que describe como enfermería puede ayudar a la gente; y la de los sistemas de enfermería que describe y explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca el cuidado enfermero.

Orem define el autocuidado como una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigidas por las personas hacia sí mismas o hacia su entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud y bienestar. Es una actividad aprendida por los individuos y orientada hacia un objetivo. Estas actividades son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana. Promueven las condiciones necesarias para la vida y la maduración, previniendo así la aparición de condiciones adversas en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano como la niñez, la adolescencia, la adultez y por último la vejez.

Dorothea menciona en su teoría a la agencia de autocuidado haciendo referencia a la compleja capacidad adquirida que permite, a los adultos y adolescentes en proceso de maduración, discernir los factores que deben ser controlados o tratados para regular su propio funcionamiento y desarrollo, para decidir lo que puede y debería hacerse con respecto a la regulación, para exponer los componentes de su demanda de autocuidado terapéutico y finalmente para realizar las actividades de cuidado determinadas para cubrir sus requisitos de autocuidado a lo largo del tiempo .

En cuanto al déficit de autocuidado, se produce cuando las habilidades del individuo para ejercer el autocuidado requerido son menores que las que se necesitan para satisfacer una demanda de autocuidado conocida.

Por lo tanto, la teoría de los sistemas de enfermería señala la manera como la enfermería contribuirá para superar el déficit y que el individuo recupere el autocuidado. El profesional de enfermería, mediante estos sistemas, considera los componentes de poder que la persona, comunidad o grupo posee los cuales están constituidos por la capacidad para mantener la atención; para razonar; para tomar decisiones; para adquirir conocimiento y hacerlo operativo; para ordenar acciones de autocuidado tendientes a conseguir objetivos; para realizar e integrar operaciones de autocuidado y utilizar habilidades y el nivel de motivación en las actividades de la vida diaria . (Díaz & Sandra, 2006)

Para Orem, el objetivo de la enfermería es "Ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por sí mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad". Además, afirma que la enfermera puede utilizar cinco métodos de ayuda, actuar compensando déficit, guiar, enseñar, apoyar y proporcionar un entorno para el desarrollo del autocuidado (Navarro Peña & Castro Salas, 2010)

Siguiendo con las teorías de enfermería, podemos decir que, en relación a las conductas sexuales de riesgo, las necesidades básicas del adolescente se encuentran alteradas como las de comunicación, de autorrealización y de detectar y evitar peligros. La necesidad de autorrealizarse hace referencia al interés del individuo a participar en alguna actividad, reforzando su autoestima y alegría, cumpliendo rol en una organización social ya sea en la familia, la escuela, o el club de deporte. Por otro lado, la necesidad de comunicarse con otros individuos es la capacidad del individuo para integrarse socialmente expresando sus emociones, sentimientos tanto en las relaciones afectivas como en la sexualidad. Por último, poder detectar y evitar los peligros es la capacidad para mantener y promover la propia integridad física y mental del individuo y de los otros y de los peligros de su entorno.

Dichas necesidades fundamentales humanas nacen de la teoría de Virginia Henderson en la cual define a la enfermería como ciencia que se ocupa en ayudar a las personas a satisfacer las necesidades básicas cuando no pueden hacerlo solas, por estar enfermas o por carecer del conocimiento, habilidad o motivación necesaria (Naranjo Hernández, Concepción Pacheco, & Rodríguez Larreynaga, 2017) .Para ella

la enfermería consiste en ayudar al individuo sano o enfermo en la realización de actividades que contribuyan a su salud, recuperación o a lograr una muerte digna .

El modelo de Virginia Henderson se la ubica en los modelos de las necesidades humanas que parten de teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como núcleo para la acción de enfermería. La teoría de Virginia Henderson manifiesta que la persona es el individuo que necesita de asistencia médica para preservar su salud o, a su vez, morir. El entorno es la familia y comunidad que tiene la responsabilidad de proporcionar los cuidados. La salud es la capacidad de funcionar de forma independiente.

La enfermería debe ayudar al individuo a satisfacer las 14 necesidades básicas mediante el proceso de atención de enfermería. Es una teoría coherente porque busca la independencia de la persona por medio de la promoción y educación en la salud, tanto en los individuos sanos como enfermos a través de los cuidados de enfermería (López & Alexandra, 2015).

Por último, Hildegard E. Peplau en su teoría psicodinámica, define a la enfermería como un proceso interpersonal con los individuos que presentan necesidades afectadas y describe cuatro fases de la relación enfermera/paciente, las cuales se identifican como orientación en la que el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa una necesidad profesional, y el enfermero ayuda a reconocer y entender su problema y determinar el tipo de ayuda que necesita.

La fase de identificación en la cual el sujeto de atención se identifica con los que pueden ayudarlo; la fase de exploración corresponde al intento tener todo lo que se le ofrece a través de la relación y por último la resolución se cumplen o no los objetivos de la relación del sujeto de atención con el enfermero y se libera de su identificación con él; y fase de resolución de una forma progresiva los antiguos objetivos van siendo desplazados por otros nuevos.

Los papeles de Enfermería se describen seis papeles diferentes entre ellos el papel de extraño el enfermero debe tratar al sujeto de atención con la cortesía normal y aceptarlo tal y como es. Con respecto al papel de la persona a quien recurrir el enfermero debe contestar las dudas que le formule el sujeto en el orden de la atención, según esté a su alcance, tratando de satisfacer sus preocupaciones y ofrecer apoyo. El papel docente es una combinación de los anteriores, el enfermero debe de aplicar su conocimiento teniendo en cuenta que el adolescente en muchas ocasiones tiene información sobre su proceso. El papel de conductor lo ejerce mediante un proceso de

ayuda al paciente para satisfacer sus necesidades a través de una relación de cooperación y la participación. Por último, el papel de asesoramiento se cumple cuando el enfermero hace participe al individuo de su situación actual y lo lleva a comprender que fenómeno está ocurriendo en su proceso de enfermedad. (Naranjo Hernandez, Rodriguez Larrinaga, & Concepcion Pacheco, 2016).

Diseño metodológico

Tipo de estudio

El tipo de estudio será observacional o no experimental porque las variables serán estudiadas tal como se presentan en la realidad, sin manipulación de las mismas por parte del investigador, es decir, se observarán los fenómenos tal como se dan en su contexto natural.

Según el alcance de los resultados será descriptivo ya que tendrá por objetivo determinar la situación de las variables en estudio, en una población específica, la presencia o ausencia de alguna de ellas, en quienes se presentan y con qué frecuencia, pudiendo sugerir la asociación entre variables.

Este tipo de investigación permitirá primero describir cada variable de estudio, una vez descrito el fenómeno, permitirá explicar la influencia de la variable independiente (Clima social familiar), frente a la variable dependiente (Conductas de riesgo) acorde a su tipo de interrelación.

Según la cantidad de mediciones que se les realizará a las variables será transversal porque recolectarán datos en un solo momento, en un tiempo único que corresponderá al primer semestre de 2022.

Prospectivo, porque los datos serán recolectados según vayan ocurriendo los hechos. Su característica es la de iniciarse con la exposición de una supuesta causa y luego seguir a través del tiempo a una determinada población hasta determinar o no la aparición del efecto.

Sitio y contexto del estudio

Se aplicó una Guía de convalidación de sitio (**Ver Anexo I**), la cual no se compara con otra institución ya que se detectó la problemática en este efector y además de ser el único de esta característica en la zona. Ante esto, se realiza una caracterización del mismo, y tras los resultados del estudio exploratorio (**Ver Anexo III**), se determinó que reúne los criterios de elegibilidad para llevar a cabo el siguiente proyecto, ya que se cuenta con la autorización del sitio, las variables en estudio y la población de interés para la investigación.

El sitio seleccionado es un hospital público de Villa Gobernador Gálvez, de dependencia provincial de segundo nivel de atención con jurisdicción nodal Rosario en cercanía a la ciudad Rosario. Fue decretado en 1967 por la provincia de Santa Fe como Servicios de Atención Médica de la Comunidad (SAMCO).

En el mismo se atienden tanto a personas sin cobertura médica como a pacientes de la seguridad social y privada por medio de convenios que pueden efectuar a través de su consejo de administración llamada autogestión y cooperativa.

El efector cuenta con servicios de guardia, 20 camas de internación clínica, 8 camas de Terapia Intensiva, laboratorio, farmacia, y 20 consultorios externos, vacunatorios, servicios de radiografías X, y demás servicios complementarios.

El proyecto de investigación se realizará en el sector de los consultorios externos, que se ubica por el ingreso de calle Balcarce; en la planta baja se encuentran 10 consultorios y en el primer piso los otros 10. Entrando al sector de los consultorios, se encuentran el servicio de admisión, una sala de espera suficientemente grande con banco, silla y un office de enfermería. Cuentan con distintas especialidades en distintos horarios desde las 08 horas hasta las 18 horas de lunes a viernes.

Población y muestra

La población será conformada por todos los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez

La Unidad de análisis será conformada por cada uno de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer semestre de 2022.

Criterios de exclusión

Serán excluidos los adolescentes que no han tenido relaciones sexuales, que no conviven con sus padres, que tengan una enfermedad psiquiátrica y los que hayan tenido hijos.

Tamaño de la población:

La población será aproximadamente de 100 adolescentes, según datos aportados por los resultados del estudio exploratorio, ante ello, se realizará un muestreo no probabilístico debido a que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características de la investigación.

De dicho tipo de muestreo se utilizará el accidental, ya que se tomarán los casos o unidades que se encuentran disponibles en un momento dado. (Pineda, De Alvarado, & De Canales, 1994, pág. 119) A su vez, se establecerá un muestreo por cuota de 50 hombres y 50 mujeres.

Validez externa

La validez externa tiene que ver con qué tan generalizables son los resultados del estudio a la población objeto de estudio. Con respecto a este proyecto de investigación, los resultados podrán generalizarse únicamente a la población de estudio, ya que posee limitaciones debido a que se realizará en un solo sitio y se utilizará un muestreo no probabilístico.

Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

Para la recolección de los datos se utilizará la técnica de encuesta y los instrumentos serán dos cuestionarios.

Para medir la variable independiente **Percepción del clima social familiar** se utilizará el cuestionario Family Environment Scale (FES) de R.H. Moos, B.S. Moos y E.J. Trickett (Nuñez Del Arco, 2005). Dicho instrumento consta de tres dimensiones denominadas relaciones, desarrollo y estabilidad; que a su vez se dividen en 10 subescalas de 90 ítems en total.

La dimensión relaciones está constituida por 3 subdimensiones o subescalas, las cuales son cohesión, expresividad y conflicto; la cual consta de 27 ítems en total.

Por otro lado, la dimensión desarrollo está conformada por 5 subescalas, las cuales son autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativo y moralidad-religiosidad. Esta dimensión cuenta con 45 ítems en total.

Por último, la dimensión estabilidad comprende las subescalas organización y control, y está constituida de 18 ítems en total.

Los datos se recolectarán respondiendo a una serie de frases con respuestas dicotómicas verdadera o falsa por cada ítem. Las respuestas, independientemente que sean verdaderas o falsas, se valorará si son correctas o incorrectas según lo indica la clave de corrección del instrumento. (**Anexo II**).

Para la variable **conductas sexuales de riesgo**, se utilizará la Escala de índice de conducta sexual de riesgo (ICRS) inicialmente creada por Ingledew y Ferguson (De la Rubia & Garza Torteya, 2018). Fue creada con el fin de medir la frecuencia de las conductas sexuales de riesgo mediante 08 preguntas cerradas.

El instrumento identifica la experiencia sexual los dos primeros ítems, la primera pregunta dicotómica evalúa si se ha tenido relaciones o no, la segunda edad de primera relación y las otras evalúan las conductas, actividades o prácticas sexuales específicas con respuestas dicotómicas en cuatro preguntas Si y No; y ordinales en las otras cinco

(mayor a 16 años y menor a 16 años, 1 persona, mayor a 2 y 1 mayor a 1), que se dicotomizarán para poder calcular un índice de conductas sexuales de riesgo (ICRS).

Algunos ítems son número de parejas, número de parejas con la que ha tenido relaciones sexuales al poco tiempo de conocerlas, número de parejas con las que no utilizó métodos anticonceptivos, frecuencia de uso de métodos anticonceptivos.

El cuestionario es un método de recopilación de datos en el cual el participante responde a las preguntas planteadas por un investigador.

Como ventajas, es un instrumento de bajo costo, es práctico, fácil de entender, flexible, se puede dirigir a un público específico y administrar de diferentes maneras, el anonimato del participante permite ahorrar tiempo y personal, es voluntario, permite comparar resultados, no requiere de un investigador calificado para su aplicación, permite recoger los datos con mayor objetividad también elimina sesgo que introduce el encuestador.

Las desventajas del cuestionario es que es poco flexible, no se puede profundizar la información, no se puede utilizar con personas que no sepan leer ni escribir y es difícil obtener una tasa alta en el llenado del cuestionario o de algunas preguntas debido a eso se pierde información. Por otro lado, no se puede ponderar la calidad y honestidad de las respuestas. (Pineda, De Alvarado, & De Canales, 1994, pág. 133)

Se realizó una prueba piloto de los instrumentos a cuatro participantes de iguales características pero que no formarán parte de la población de estudio. Esta prueba piloto tiene como objetivo verificar la validez, la confiabilidad y la precisión del instrumento.

Se buscará conocer si las preguntas están mal formuladas, si son fáciles de entender, si molesten al participante, si las opciones de respuestas asignadas son las adecuadas para medir las variables, por último, si el ordenamiento y la presentación de las preguntas o ítems son correctos. (**Anexo IV**)

Operacionalización de las variables

Variable: Edad: tipo cuantitativa continua de función independiente con escala de medición razón.

El indicador será la edad según refiera el encuestado.

Variable: Sexo: tipo cualitativa simple de función independiente con escala de medición nominal.

Indicadores:

- Femenino

- Masculino

Variable: *Percepción del clima social familiar* tipo cualitativa compleja, función independiente de escala ordinal

Definición operacional: es la percepción de las relaciones interpersonales entre los miembros de la familia, los aspectos de desarrollo que tienen mayor importancia y su estructura básica. Consta de tres dimensiones

Dimensión 1: Relaciones.

Definición conceptual: Evalúan el grado de comunicación y libre expresión dentro de la familia y el grado de interacción conflictiva que la caracteriza.

- Subdimensión 1.1 Cohesión

Indicadores

- En su familia realmente se ayuda unos a otros
- Pasan muchos momentos juntos en casa
- Se esfuerzan mucho en los quehaceres de la casa
- Se sienten muy unidos en su familia
- Son ustedes acomodados en las cosas que necesitan en casa
- Realmente se apoyan unos a otros
- Hay mucha unión en su familia
- Verdaderamente se llevan bien entre ustedes
- En su familia a cada miembro se le dedica tiempo y dedicación

- Subdimensión 1.2 Expresividad

Indicadores

- Acostumbran a hablarse de lo que sientes
- Pueden entre ustedes hablar libremente lo que pasa en su familia
- Cuándo alguien se enoja en su casa, generalmente otro se molesta
- Se cuentan sus problemas personales unos a otros
- Si sienten ganas de hacer algo de repente, lo hacen
- Cuándo se queja en su familia, otro miembro se queja
- Los asuntos de dinero y deudas se hablan delante de todos los miembros de la familia
- Pueden decirse cualquier cosa entre ustedes
- En su familia discuten mucho

- Subdimensión 1.3 Conflicto

Indicadores

- Se pelean mucho entre ustedes
- Se enojan entre ustedes frecuentemente
- Algunas veces llegan a estar tan enojados que se arrojan cosas entre ustedes
- Cuándo tienen problemas explotan con facilidad
- Seguido se critican unos a otros
- Se han golpeado entre ustedes en alguna ocasión
- Si hay desacuerdos entre ustedes, terminan discutiendo y peleándose
- Tratan ustedes de sobresalir sobre las demás personas de su casa
- Creen ustedes que gritando consiguen lo que quieren

Dimensión 2: Desarrollo:

Definición conceptual: Evalúa la importancia que tienen dentro de la familia ciertos procesos de desarrollo personal, que pueden ser fomentados, o no, por la vida en común.

- Subdimensión 2.1 Autonomía

- Cada quien hace sus cosas sin recibir ayuda de nadie
- Los dejan ser libres de lo que hacen y lo que piensan en su familia
- En su familia cada quien decide lo que hace
- Pueden salir de su casa cada vez que quieran
- En su familia pueden realizar cualquier actividad personal sin que nadie los moleste
- En su familia cada quien resuelve sus propios problemas
- Entre ustedes se ayudan para defenderse de los demás
- Cuándo algún miembro de la familia hacerlo que quiera, lastima los sentimientos de los demás
- En su familia se permite que cada quien diga lo que piensa.

- Subdimensión 2.3 Actuación

Indicadores

- Creen ustedes que ser el mejor en cualquier cosa que hagan es importante
- Para su familia es muy importante salir a delante en la vida
- Creen ustedes que la gente vale por el dinero que tienen
- Creen ustedes que se debe luchar ser el mejor en cualquier cosa que hagan
- Ustedes siempre tratan de hacer las cosas un poco mejor en cada ocasión

- Se preocupan por mejorar en el trabajo o sacar buenas calificaciones en la escuela

- En su familia trabajan duro para mejorar y salir a delante
- Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión
- A ustedes les gusta compararse con los demás

- Subdimensión 2.4 Intelectual-Cultural

Indicadores

- Hablan de política y problemas del país frecuentemente
- Van seguidos a conferencias, teatros o conciertos
- Es muy importante en su familia aprender cosas nuevas y diferentes
- Están ustedes interesados en actividades culturales
- Seguido discuten de arte, política y cultura
- Alguien su familia toca algún instrumento musical
- Van a la biblioteca frecuentemente
- Ustedes dedican más tiempo a leer que a ver televisión
- Realmente les gusta la música, lectura, pintura, danza, etc.

- Subdimensión 2.5 Social-Recreativo

Indicadores

- Cuándo tienen tiempo libre salen de su casa
- Frecuentemente van amigos a visitarlos a su casa
- Alguno de ustedes están en equipos de futbol, vóley, etc.
- Van al cine, eventos deportivos o excursión seguido
- Todos ustedes tienen uno o dos pasa tiempos
- Aparte de sus obligaciones, tienen actividades de diversión
- Van a cursos o clases que no son parte de la escuela por pasatiempo o interés
- Salen ustedes a pasear muy seguido
- La forma principal de entretenerse en su familia es ver la televisión o escuchar la radio

- Subdimensión 2.6 Moralidad-Religiosidad

Indicadores

- Va a la iglesia con frecuencia
- En su familia acostumbran a rezar

- Hablan entre ustedes sobre el significado religioso de la navidad, semana santa, etc.

- Creen ustedes en el cielo y en el infierno
- En su familia tienen ideas estrictas acerca de lo que es bueno o malo
- Creen ustedes que hay algunas cosas que se tienen que aceptar de buena fe
- En su familia cada persona tiene ideas diferentes de lo que es bueno o malo
- La biblia es un libro muy importante en su casa
- En su familia creen que cuando alguien comete un pecado será castigado

Dimensión 3: Estabilidad:

Definición conceptual: Proporciona información sobre la estructura y organización de la familia y sobre el grado de control que normalmente ejercen unos miembros de la familia sobre otros.

- Subdimensión 3.1 Organización

Indicadores

- Preparan con mucho cuidado las actividades de su casa
- Generalmente son ustedes muy limpios y ordenados
- En su casa es fácil encontrar sus cosas cuando las necesita
- En su familia son puntuales
- En su familia, las personas son firmes en sus decisiones
- Tratan de tener su casa limpia
- Cada uno de ustedes sabe bien cuáles son sus obligaciones
- El dinero lo manejan muy cuidadosamente en su familia
- Los platos se lavan rápidamente después de comer

- Subdimensión 3.2 Control

Indicadores

- Se dan ordenes entre ustedes
- En su familia hay mucha disciplina
- Una persona de la familia es la que toma la mayor parte de sus decisiones
- Las cosas en casa se hacen como se debe
- En su familia, se preocupan mucho por hacer solamente lo permitido.
- En su casa hay poca oportunidad de opinar sobre las decisiones familiares
- Es difícil que puedan hacer cualquier cosa que quieran
- La disciplina en su casa es muy estricta

- En su familia se respetan las cosas que no están permitidas

Variable: Conductas sexuales de riesgo: tipo cualitativa, función dependiente, de escala de medición ordinal

Definición conceptual: Las conductas sexuales de riesgo están constituidas por la experiencia y prácticas sexuales vaginales, orales y anales que incrementen el riesgo de adquirir o contagiar las infecciones de transmisión sexuales.

Dimensión 1 Experiencia sexual

Indicadores

- Has tenido relación sexual
- Edad de la primera relación sexual

Dimensión 2 Prácticas sexuales específicas

Indicadores

- Número de parejas sexuales
- Número de parejas sexuales al poco tiempo de conocerlas
- Frecuencia del uso de métodos anticonceptivos
- Relaciones sexuales bajo efecto del alcohol o drogas
- Realización de pruebas de embarazos
- Realización de pruebas de infecciones de transmisión sexual (ITS)

Principios Bioéticos

Durante todo el proceso de investigación, se tendrán en cuenta:

-El principio de No maleficencia y de Beneficencia

Se evitará en todo momento “no dañar”. Los sujetos de estudio no estarán expuestos a daños físicos ni psicológicos. Se asegurará la confidencialidad de los datos de los participantes; y los beneficios siempre superarán a los efectos indeseables o adversos. Se asegurará a todos los participantes, en este caso los adolescentes, que se mantendrá el anonimato; y que, en ninguna circunstancia, los datos obtenidos de las encuestas realizadas serán revelados ni difundidos

-Se respetará el principio a la Dignidad humana o Autonomía

Se proporcionará información detallada y clara de los objetivos de la investigación y los alcances, sus riesgos y beneficios permitiendo así al participante ejercer su derecho a la autodeterminación. Por ninguna circunstancia, será sometido a coerción ya sea por amenazas o incentivos para su participación. Se le brindará un Consentimiento

Informado (Ver Anexo II) por el cual tendrá libre decisión de participar o no en la investigación, puede abandonar en el momento que lo desee y que puede no responder a la pregunta cuando considere que se invade su intimidad. En el caso de los participantes menores de edad, se deberá firmar el asentimiento informado, en el cual se les expresará lo mismo que está en el Consentimiento Informado firmado previamente por los padres o uno de ellos. **(ver Anexo II)**.

El principio de justicia

Se respetará el trato justo y la intimidad de los sujetos que conformen la población de estudio. El reclutamiento de los participantes se hará de manera equitativa y se distribuirán por igual los riesgos y beneficios de la participación en el estudio. En ningún momento, se pondrá en riesgo a un grupo de personas para beneficiar a otros.

Personal a cargo de la recolección de datos

La recolección de los datos será a cargo de la propia investigadora. Por lo tanto, no será necesario la colaboración de otros profesionales ya que se tratará de una muestra reducida. El tiempo de recolección de datos estimado es de tres meses, que se realizará tres veces por semana los lunes, miércoles y jueves en los horarios y días de consultas de los consultorios externos. El horario estipulado será de 15 a 17 horas en la sala de espera de dichos consultorios. El tiempo de duración estimado de la encuesta de los dos instrumentos será de aproximadamente 30 minutos.

Plan de análisis

Se realizará el agrupamiento de los datos por variable seleccionada y sus correspondientes dimensiones. Este proceso de tabulación se codificará en computadora mediante la utilización de un software estadístico SPSS. Se contará, además, con la colaboración de un profesional en estadística, para el análisis de los datos y pruebas a implementar.

Para el análisis de los datos se utilizará la estadística descriptiva, mediante un análisis univariado y bivariado, ya que reflejará la relación entre las variables de estudio. Los resultados serán representados en gráficos de porcentajes, barras y también mediante tendencia central, frecuencia relativa y absoluta

Una vez finalizado el proceso de recolección de datos se procederá a la codificación de los datos y su posterior reconstrucción de las variables y sus dimensiones.

Con respecto a la variable percepción del clima social familiar, cuya escala de medición es ordinal, se codificará de la siguiente forma:

Verdadera o Falsa = 1; si la respuesta es correcta.

Verdadera o Falsa = 0; si la respuesta es incorrecta.

Pues, significa que la respuesta, independientemente que sea verdadera o falsa, debe coincidir con su clave de corrección respectiva (**ver Anexo II**). Luego se establecerá la suma de puntaje para cada una de las subescalas, después se hará la sumatoria de los puntajes de las subescalas para cada dimensión.

Por ejemplo, el ítem 1 del instrumento FES: “En mi familia, nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros”, si el participante hace una cruz en **V**, su codificación será **1**. En el caso, de que marque una cruz en **F**, la codificación será **0** porque la respuesta es incorrecta.

Otro ejemplo el ítem 2: “Los miembros de mi familia guardan, a menudo, sus sentimientos para sí mismos”. Si contesta con **V**, la respuesta es incorrecta por lo tanto su codificación será 0 y si hace una cruz en **F** la respuesta es correcta y será igual a **1**

El Clima social familiar (**CSF**), consta de 3 escalas y 10 subescalas de 90 ítems. Cada subescala cuenta con 09 ítems.

Para cada una de la subescala, la puntuación varía entre 0 y 9.

En este sentido, el clima social familiar inadecuado tendrá una puntuación que varía entre 0 y 5 puntos. Por otro lado, para un clima social familiar adecuado, la puntuación será entre 6 a 9 puntos. y se aplicará para cada una de las subescalas siguientes.

- Cohesión, expresividad y conflicto de la dimensión **relaciones**
- Autonomía, actuación, intelectual-cultural, social-recreativa y moralidad-religiosidad de la dimensión **desarrollo**.
- Organización y control de la dimensión **estabilidad**.

En este sentido, las dimensiones del clima social familiar quedan reconstituida de la siguiente manera:

CSF	Inadecuado	Adecuado
Relaciones	00.- 15	16 - 27
Desarrollo	00 - 25	26 - 45
Estabilidad	00.- 10	11 – 18

Una vez sumados los puntajes de las 3 dimensiones, el clima social familiar adecuado tendrá un valor de 51 a 90 puntos y el clima social inadecuado tendrá una puntuación que varía entre 0 y 50 puntos.

Para la Variable **conductas sexuales de riesgos** tipo cualitativa compleja, función independiente, escala de medición nominal, se codificarán con **0** y **1** representando a la **ausencia** y **presencia de riesgo** respectivamente. Consta de 8 indicadores o ítems y su puntaje varía entre 0 y 8. A mayor puntuación, mayor es el riesgo de conductas sexuales. Cada ítem se codificará de la siguiente manera:

El ítem 1 si ha tenido relaciones sexuales si es igual 1 y no es igual a 0

Para Ítem 2 a qué edad tuviste tu primera relación sexual: si es menor a 13 Años es igual a 1, si es mayor a 15 años es igual a 0

Para el ítem 3, Número de parejas una sola pareja es igual a 0 y dos o más parejas es igual a 1

Para el ítem 4 Número de parejas al poco tiempo de conocerla 0 pareja es igual a 0 y dos o más es igual a 1

Para el ítem 5 Frecuencia del uso de métodos anticonceptivos ,0 es igual a siempre, 1 representa a nunca, algunas veces o casi siempre

Para el ítem 6 Relaciones sexuales bajo el efecto del alcohol, la respuesta Si es igual a 1 y No es igual 0

Para el ítem 7 Prueba de embarazo, la respuesta es Sí se codifica por 1 y No por 0

Para el ítem 8 Prueba de ITS, la respuesta Sí es codificado por 1 y No por 0

La variable Conductas sexuales de riesgo quedará reconstituida de la siguiente manera

Conductas sexuales

De alto riesgo	0-3
De mediano riesgo	4-5
De bajo riesgo	6-8

Para la variable Sexo: tipo cualitativa simple función independiente escala de medición nominal. Se codificará con **M** para masculino, y **F** para femenino y se utilizará medida de tendencia central: moda y será representado por gráficos de porcentaje y frecuencia.

Plan de trabajo y cronograma

Se realizarán las actividades durante el primer trimestre del año 2022 de la siguiente manera:

Actividades	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Procedimientos de la recolección de datos						
Análisis de los datos						
Tabulación de los datos						
Redacción del informe final y divulgación de los resultados.						

Anexo I

Guía de convalidación de sitio

- 1- ¿La institución autoriza la recolección de datos para el estudio de investigación?
- 2- ¿La institución permite realizar estudio de investigación con adolescentes?
- 3- ¿La institución permitirá la publicación de los resultados?
- 4- ¿El hospital es público? ¿De dependencia municipal o provincial?
- 5- ¿Con cuántos servicios cuenta el hospital?
- 6- ¿Cuántos consultorios externos tiene?
- 7- ¿Con cuántas especialidades cuenta el hospital?
- 8- ¿Cuenta con personal de enfermería en los consultorios externos?
- 9- ¿Hay office de enfermería?
- 10- ¿Cuenta el sector de los consultorios con espacio para realizar la recolección de datos?
- 11- ¿El hospital cuenta con departamento de salud sexual y reproductiva?
- 12- ¿Cuenta el hospital con consultorios de urología y ginecología?
- 13- Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces por semana se atiende en estos consultorios?
- 14- ¿Realizan consultas los adolescentes?
- 15- ¿Cuál es el promedio de edad de adolescentes que más acuden a las consultas?
- 16- ¿Por qué motivo, patologías realizan consultas?
- 17- ¿Si son menores de edad, se encuentran acompañados por sus padres?
- 18- ¿Realizan control regularmente?



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Charlemagne, Yvelande es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P.D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los días 22 de Octubre de 2021

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000kr
Tel. 341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Fernando de Frutos
M.P. 8891
REG. E.P. 6/708
Director S.F.M. Co V.G.G.
Hosp. "Dr. Anselmo P. Gamen"

Anexo II

Instrumentos de medición

Clima social familiar de Moos

Estimados participantes a continuación te presentamos una serie de frases, que usted tiene que leer y decir si le parecen verdaderos o falsos en relación con su familia. Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es VERDADERA o casi siempre VERDADERA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la V (verdadero) Si usted cree que, respecto a su familia, la frase es FALSA o casi siempre FALSA marcará con una (X) en el espacio correspondiente a la F (falso). Siga el orden de la numeración que tienen las frases aquí y las opciones de respuestas para evitar equivocaciones. De ante mano agradecemos tu colaboración.

Marque con una cruz (x) la respuesta correcta

Edad:

Sexo: Femenino ()

Masculino ()

	V	F
1. En mi familia nos ayudamos y apoyamos realmente unos a otros.		
2. Los miembros de la familia guardan a menudo, sus sentimientos para sí mismos.		
3. En nuestra familia peleamos mucho.		
4. En general, ningún miembro de la familia decide por su cuenta.		
5. Creemos que es importante ser los mejores en cualquier cosa que hagamos		
6. A menudo, hablamos de temas políticos o sociales en familia		
7. Pasamos en casa la mayor parte de nuestro tiempo libre.		
8. Los miembros de mi familia asistimos con bastante frecuencia a las diversas actividades de la iglesia.		
9. Las actividades de nuestra familia se planifican con cuidado		
10. En mi familia tenemos reuniones obligatorias muy pocas veces		
11. Muchas veces da la impresión de que en casa solo estamos pasando el rato		

12. En casa hablamos abiertamente de lo que nos parece o queremos		
13. En mi familia casi nunca mostramos abiertamente nuestros enojos		
14. En mi familia nos esforzamos mucho para mantener la independencia de cada uno		
15. Para mi familia es muy importante triunfar en la vida.		
16. Casi nunca asistimos a reuniones culturales (exposiciones, conferencias, etc.)		
17. Frecuentemente vienen amistades a visitarnos a casa		
18. En mi casa no rezamos en familia.		
19. En mi casa somos muy ordenados y limpios.		
20. En nuestra familia hay muy pocas normas que cumplir.		
21. Todos no esforzamos mucho en lo que hacemos en casa		
22. En mi familia es difícil “desahogarse” sin molestar a todos		
23. En la casa a veces nos molestamos que a veces golpeamos o rompemos algo.		
24. En mi familia cada uno decide por sus propias cosas		
25. Para nosotros no es muy importante el dinero que gane cada uno		
26. En mi familia es muy importante aprender algo nuevo o diferente		
27. Alguno de mi familia practica habitualmente algún deporte.		
28. A menudo hablamos del sentido religioso de la Navidad, Semana Santa, etc.		
29. En mi casa, muchas veces resulta difícil encontrar las cosas cuando las necesitamos		
30. En mi casa una sola persona toma la mayoría de las decisiones		
31. En mi familia estamos fuertemente unidos		
32. En mi casa comentamos nuestros problemas personalmente		
33. Los miembros de mi familia, casi nunca expresamos nuestro enojo		
34. Cada uno entra y sale de la casa cuando quiere		
35. Nosotros aceptamos que haya competencia y “que gane el mejor		
36. Nos interesan poco las actividades culturales.		
37. Vamos con frecuencia al cine, excursiones, paseos.		
38. No creemos en el cielo o en el infierno		
39. En mi familia la puntualidad es muy importante		
40. En la casa las cosas se hacen de una forma establecida		
41. Cuando hay que hacer algo en la casa, es raro que se ofrezca algún voluntario		
42. En la casa, si a alguno se le ocurre de momento hacer algo, lo hace sin pensarlo más.		

43. Las personas de mi familia nos criticamos frecuentemente unas a otras		
44. En mi familia, las personas tienen poca vida privada o independiente		
45. Nos esforzamos en hacer las cosas cada vez un poco mejor		
46. En mi casa casi nunca tenemos conversaciones intelectuales		
47. En mi casa casi todos tenemos una o dos aficiones		
48. Las personas de mi familia tenemos ideas muy precisas sobre lo que está bien o mal.		
49. En mi familia cambiamos de opinión frecuentemente.		
50. En mi casa se dan mucha importancia a cumplir las normas		
51. Las personas de mi familia nos apoyamos unas a otras.		
52. En mi familia, cuando uno se queja, siempre hay otro que se siente afectado.		
53. En mi familia a veces nos peleamos y nos vamos a las manos.		
54. Generalmente, en mi familia cada persona solo confía en si misma cuando surge un problema		
55. En la casa nos preocupamos poco por los ascensos en el trabajo o las notas en el colegio.		
56. Algunos de nosotros toca algún instrumento musical.		
57. Ninguno de la familia participa en actividades recreativas, fuera de trabajo o del colegio.		
58. Creemos que hay algunas cosas en las que hay que tener Fe.		
59. En la casa nos aseguramos de que nuestros dormitorios queden limpios y ordenados.		
60. En las decisiones familiares todas las opiniones tienen el mismo valor		
61. En mi familia hay poco espíritu de grupo.		
62. En mi familia los temas de pagos y dinero se tratan abiertamente.		
63. Si en mi familia hay desacuerdo, todos nos esforzamos para suavizar las cosas y mantener la paz.		
64. Las personas de mi familia reaccionan firmemente unos a otros, a defender sus propios derechos		
65. En nuestra familia apenas nos esforzamos para tener éxito.		
66. Las personas de mi familia vamos con frecuencia a la Biblioteca o leemos obras literarias.		
67. Los miembros de la familia asistimos a veces a cursillos o clases particulares por afición o por interés		
68. En mi familia cada persona tiene ideas distintas sobre lo que es bueno o malo.		
69. En mi familia están claramente definidas las tareas de cada persona.		

70. En mi familia cada uno tiene libertad para lo que quiero		
71. Realmente nos llevamos bien unos con otros.		
72. Generalmente tenemos cuidado con lo que nos decimos		
73. Los miembros de la familia estamos enfrentados unos con otros		
74. En mi casa es difícil ser independiente sin herir los sentimientos de los demás		
75. Primero es el trabajo, luego es la diversión” es una norma en mi familia		
76. En mi casa ver la televisión es más importante que leer.		
77. Las personas de nuestra familia salimos mucho a divertirnos		
78. En mi casa, leer la Biblia es algo importante		
79. En mi familia el dinero no se administra con mucho cuidado		
80. En mi casa las normas son muy rígidas y “tienen” que cumplirse		
81. En mi familia se concede mucha atención y tiempo a cada uno.		
82. En mi casa expresamos nuestras opiniones de modo frecuente y espontáneo		
83. En mi familia creemos que no se consigue mucho elevando la voz.		
84. En mi casa no hay libertad para expresar claramente lo que se piensa.		
85. En mi casa hacemos comparaciones sobre nuestra eficacia en el trabajo o el estudio		
86. A los miembros de mi familia nos gusta realmente el arte, la música o la literatura		
87. Nuestra principal forma de diversión es ver la televisión o escuchar radio		
88. En mi familia creemos que el que comete una falta tendrá su castigo.		
89. En mi casa generalmente la mesa se recoge inmediatamente después de comer		
90. En mi familia, uno no puede salirse con la suya.		

Clave de corrección del instrumento del Clima Social Familiar de Moos y Trickett

Cohesión	Expresividad	Conflicto	Autonomía	Actuación	Intelectual-	Social- recreativo	Moralidad- religiosidad	Organización	Control
1- V	2- F	3- V	4- F	5- V	6- V	7- F	8- V	9- V	10- F
11- F	12- V	13- F	14- V	15- V	16- F	17- V	18- F	19- V	20- F
21- V	22- F	23- V	24- V	25- F	26- V	27- F	28- V	29- F	30- F
31- V	32- V	33- F	34- V	35- V	36- F	37- V	38- F	39- V	40- V
41- F	42- V	43- V	44- F	45- V	46- F	47- V	48- V	49- F	50- V
51- V	52- F	53- V	54- V	55- F	56- V	57- F	58- V	59- V	60- F
61- F	62- V	63- F	64- V	65- F	66- V	67- V	68- F	69- V	70- F
71- V	72- F	73- V	74- F	75- V	76- F	77- V	78- V	79- F	80- V
81- V	82- V	83- F	84- F	85- V	86- V	87- F	88- V	89- V	90- V
CO:	EX:	CO:	AU:	AC:	IC:	SR:	MR:	OR:	CN:

Escala de Índice de Conductas Sexuales de Riesgo (ICSR) de Ingledew y Ferguson (2007)

Contesta a las siguientes preguntas marcando con una X la casilla correspondiente lo más sincero/a posible. Gracias por su participación.

1. ¿Has tenido relaciones sexuales?

a) Si ()

b) Non ()

2. ¿A qué edad tuviste tu primera relación sexual?

a) Menor de 13 años. ()

b)-13-15 años (.)

c)16-19 años ()

d) Mayor de 19 años ()

3. ¿Cuántas parejas sexuales has tenido?

a) 0 pareja (.)

b) 1 sola pareja (.)

b) 2-3 parejas (.)

d) 4-5 parejas (.)

e) Mayor o igual a 6 parejas ()

4. ¿Con cuántas parejas has tenido relaciones sexuales al poco tiempo de conocerlas?

a) 0 pareja (.)

b)1 sola pareja (.)

c) 2-3 parejas (.)

d) 4-5 parejas (.)

e) Mayor o igual a 6 parejas (.)

5. ¿Con qué frecuencia utilizas métodos anticonceptivos?

a) Casi siempre ()

b) Algunas veces ()

c) Nunca ()

6. ¿Has tenido relaciones sexuales bajo los efectos del alcohol?

a) Sí (.)

b) No ()

7. ¿Te has realizado alguna vez una prueba de embarazo o tu pareja?

a) Sí (.)

b) No (.)

8. ¿Te has realizado alguna vez una prueba de ITS (Infección de transmisión sexual)?

a) Si (.)

b) No (.)

Consentimiento informado

La presente investigación es conducida por **Yvelande, Charlemagne**, estudiante de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario con el objetivo de describir la relación que existe entre la percepción del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14- 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer trimestre de 2022.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas dos cuestionarios que tomarán aproximadamente 30 minutos de su tiempo. Lo que. La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la encuesta le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber a la investigadora. Desde ya le agradezco su participación.

Yo, _____, declaro que he sido informado e invitado a participar en estudio de investigación que tiene como objetivo principal describir la relación entre la percepción del clima social familiar y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez

Me han explicado que la información registrada será completamente confidencial y anónima.

Estoy consciente que los datos no me serán entregados y que no habrá retribución por mi participación en este estudio.

A sí mismo, puedo negar la participación o retirarme en cualquier momento sin expresión de causas ni consecuencias negativas para mí.

Sí, acepto participar en este estudio.

Firma del participante

Asentimiento Informado

Hola mi nombre es **Yvelande, Charlemagne** y soy estudiante en la Licenciatura en Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario. Estoy realizando mi Tesina, un proyecto de investigación para conocer acerca de la relación del clima social familiar Y las conductas sexuales de riesgo, según el sexo, de los adolescentes de 14 a 20 años que concurren a los consultorios externos de un hospital provincial de Villa Gobernador Gálvez durante el primer semestre de 2022 y para ello queremos pedirte que nos apoyes.

Tu participación en el estudio consistiría en llenar dos cuestionarios con una cruz, según tu respuesta.

Tu participación en el estudio es voluntaria, es decir, aun cuando tus papá o mamá hayan dicho que puedes participar, si tú no quieres hacerlo puedes decir que no. Es tu decisión si participas o no en el estudio. También es importante que sepas que, si en un momento dado ya no quieres continuar en el estudio, no habrá ningún problema, o si no quieres responder a alguna pregunta en particular, tampoco habrá problema.

Toda la información que proporciones será confidencial y anónima. Esto quiere decir que no diremos a nadie tus respuestas, sólo lo sabrán las personas que forman parte del equipo de este estudio.

Si aceptas participar, te pido que por favor pongas una cruz en el cuadrito de abajo que dice "Sí quiero participar" y escribe tu nombre.

Si no quieres participar, no pongas ninguna cruz ni escribas tu nombre.

Sí quiero participar

Anexo III

Resultados de la guía de convalidación de sitio

Se ha realizado el estudio exploratorio con la finalidad de conocer las características del sitio para verificar si cumple con los criterios de elegibilidad y si las variables en estudio están presentes.

En primer lugar, se pidió autorización al director de la institución de salud mediante una nota formal emitida por la jefa de cátedra de la materia Tesina de la Escuela de Enfermería de la Universidad Nacional de Rosario.

Las preguntas fueron contestadas por el director de la institución y por dos otros profesionales de urología y ginecología respectivamente, ya que la problemática se relaciona con la sexualidad.

Se obtuvo el permiso para realizar el proyecto en dicha institución para la recolección de los datos y la prueba piloto del instrumento. Se permitió el estudio con adolescentes con la condición de que los datos recolectados serán de manera anónima y confidencial ya que se trata de un grupo vulnerable.

La institución es un hospital público y provincial de segundo nivel de atención, y cuenta con un comité de docencia e investigación el cual permite la publicación de los resultados. Cuenta con servicios de guardia de adulto y pediátricos, internación clínica, tratamiento ambulatorio, terapia intensiva, consultorios externos, farmacias, radiografía de imágenes, vacunatorios y demás servicios complementarios.

El efector cuenta con 20 consultorios externos, los cuales 10 se ubican en planta baja y en el primer piso los otros 10. Se encuentran distintas especialidades como dermatología, oftalmología, neumología, traumatología, cardiología, salud mental, psicología, pediatría, gastroenterología, neurología.

El sector de los consultorios externos, tanto en planta baja como en planta alta, cuenta con un office de admisión, una sala de espera con banco y silla. Un office de enfermería con un personal de enfermería en cada turno de lunes a viernes de 06h a 13h y de 13h a 18h.

La institución no posee departamento de salud sexual y reproductiva.

Se realiza consulta 3 veces por semana. En ginecología, se atiende los lunes de 10h a 18 h y urología, los miércoles y jueves de 15h -18h. En cuanto al número de consultas por día se atienden entre 10-15 usuarios por día. En cuanto a la población de estudio, los adolescentes que más acuden a las consultas tienen entre 14 y 25 años. Son de aproximadamente 100 los adolescentes que tienen entre 14-20 años.

Los motivos de consultas mayormente son por disuria, dolor y retraso menstrual, lesión y flujo genital, infección genitourinaria recurrente. Los menores de edad están acompañados por uno de sus padres u otro miembro de la familia.

Según refieren los profesionales, los usuarios no acuden de manera regular al servicio y muchas veces no respetan el día del turno previsto por eso se propondrá un tiempo de 3 meses para la recolección de datos.

Anexo IV

Resultado de la prueba piloto

Para la realización de la prueba piloto del instrumento, se pidió formalmente la autorización mediante una nota formal al director del efector de salud. Se ha informado a los profesionales de los consultorios externos una semana antes de realizar la prueba para evitar malentendidos. Con respecto a la prueba piloto, se utilizaron los dos instrumentos sin realizar ninguna modificación en 4 adolescentes de iguales características pero que no pertenecerá a la población de estudio.

Se tomaron en cuenta de la inestabilidad del instrumento que sea confiable estable y de las condiciones ambientales que deben ser iguales para todos.

Se realizó de manera individual, y la investigadora estuvo presente durante todo el proceso.

Si bien al explicar a los participantes de que se trata la encuesta y de los ítems a contestar, se pudo observar que los participantes se sentían un poco incómodo con respecto al instrumento sobre conductas sexuales. Entonces, se ha reiterado que la información será confidencial, anónima y sin ninguna pretensión de juicio.

Sobre el instrumento del clima social familiar estimaron que era mucho, pero al empezar a leer se dieron cuenta que son preguntas sencillas y fáciles, y pudieron terminar antes de lo previsto.

La duración de los dos instrumentos fue aproximadamente de 30 minutos.



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

-----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que Charlemagne, Yvelande es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

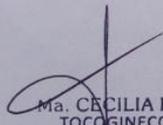
La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

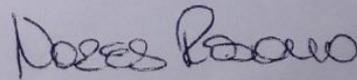
Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.

Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los días 22 de Octubre de 2021

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax 341
4804569
www.fmedic.unr.edu.ar


Ma. CECILIA PORCEL
TOCIGINECOLOGA
M.P. Sta. Fe 19.244
Reg. Esp. 50/0398



Nores, Rosana



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora a cargo de la titularidad de la Actividad Académica Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad Nacional de Rosario, certifica que CHARLEMAGNE, YVELANDE es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos profesionales.
Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario, Provincia de Santa Fe, a los cinco 5 de Noviembre 2021

Dr. JOSE BUNDOVICS
MEDICO UROLOGO
M.P. N° 10582
REG. ESP. 52/073

Rosana Nores

Nores, Rosana

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558 Fax
341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Bibliografía

- Ministerio de Salud de la Nación. (2020). *Respuestas al VIH y a las ITS siglo en el siglo XXII*. Boletín sobre el VIH, sida e ITS en la Argentina N° 37, Buenos Aires. Obtenido de <https://bancos.salud.gob.ar/recurso/boletin-sobre-el-vih-sida-e-its-en-la-argentina-ndeg-37>
- Aires, G. d. (2021). *Cifras de los adolescentes en el mundo*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.ioma.gba.gob.ar/index.php/servicios-y-prestaciones/programas/programa-adolescente/info-para-padres/cifras-de-los-adolescentes-en-el-mundo/>
- Alfonso Figueroa, L., & Figueroa Pérez, L. (marzo-abril de 2017). Conductas sexuales de riesgo en adolescentes desde el contexto cubano. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 21(2), 143-151. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000200020&lng=es&tlng=es.
- Badillo-Viloria, M., Sánchez, X. M., Vásquez, M. B., & Díaz Pérez, A. (2020). Comportamientos sexuales riesgosos y factores asociados entre estudiantes universitarios en Barranquilla, Colombia, 2019. *Enfermería Global*, 19(59), 422-449. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.412161>
- Baldi López, G., & García Quiroga, E. (2006). Una aproximación a la psicología ambiental. *Fundamentos en Humanidades*, 07(13-14), 157-168. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18400708>
- Becoña Iglesias, E. (2000). Los adolescentes y el consumo de drogas. *Papeles del Psicólogo*(77), 25-32. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77807705>
- Bezanilla, J. M., & Miranda, M. A. (Agosto de 2013). La familia como grupo social: una re-conceptualización. *Alternativas en Psicología*, 17(29), 58-73. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-339X2013000200005&lng=pt&tlng=es
- Bordignon, N. A. (julio-diciembre de 2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, vol. 2, núm. 2, julio-diciembre, 2005, pp. 50-63, 2(2), 50-63. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Calero, G. Á., Quiñones, J. A., & Martínez, P. M. (octubre de 2017). Adolescencia temprana y parentalidad. Fundamentos teóricos y metodológicos acerca de esta

- etapa y su manejo. *Medi Sur*, 15(5), 694-700. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180053377015>
- Cardona Duque, D. V., Ariza Gerena, A., Gaona Restrepo, C., & Medina. (2015). Conocimientos sobre sexualidad en adolescentes escolares en la ciudad de Armenia, Colombia. *Archivo Médico de Camagüey*, 19(6), 568-576. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211142941003>
- Casares García, E. (enero-marzo de 2008). Funcion de la mujer en la familia . *Aposta Revista de Ciencias Sociales o*, 2008, pp. 1-21(36), 1-21. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=495950229003>
- Castañeda Porras, O., Gerónimo Ortega, N., Reyes, Y., Segura, O., & Morón Duarte, L. (2009). Conocimientos, actitudes y practicas en salud sexual y reproductiva. *Investigaciones Andina* , 19(11), 120. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/inan/v11n19/v11n19a04.pdf>
- Castaño Perez, G. (2013). Riesgos y consecuencias de las practicas sexuales en adolescentes bajo los efectos de alcohol y otras drogas. *Revista cubana Pediátrica*, 85(1), 36-50. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75312013000100005&lng=es&tlng=es.
- Castaño Pérez, G. A. (2012). Consumo de drogas y prácticas sexuales de los adolescentes de la ciudad de Medellin. *Adicciones*, 24(4), 347-363. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=289124639009>
- Cifuentes Zúñiga, C. F., Gaete Villegas, G. A., Sepúlveda Saldias, C. M., & et.al. (2021). Factores de riesgo para infecciones de transmisión sexual en adolescentes de un colegio de educación secundaria. *Horizonte Médico* , 21(1). Obtenido de <https://dx.doi.org/10.24265/horizmed.2021.v21n1.03>
- Consejo de derechos humanos de Naciones Unidas. (2015). *Proteccion de la familia* .
- Cruces Montes, S. J., Guil Bozal, R., Sánchez Sevilla, S., & Zayas García. (2017). Contexto comunicativo, familiar y escolar del adolescente y conducta social. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 31-46. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349853220004>
- Dávila León, O. (Diciembre de 2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Última Década*, 21, 83-104. Obtenido de <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22362004000200004>

- De la Rubia, J. M., & Garza Torteya, D. (2018). Validación Local de una Escala de Conductas Sexuales de Riesgo en Adolescentes escolarizados Mexicanos. *Revista Internacional De Psicología*, 15(02), 01-52. doi:<https://doi.org/10.33670/18181023.v15i02.226>
- Díaz, A. L., & S. G. (jul.-dic. de 2006). Perspectiva internacional del uso de la teoría general de Orem. *Invertir. educ. enferm vol.24 no.2 jul./dic. 2006*, 24(2), 90-100. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-53072006000200010
- Diz, J. I. (2013). *Desarrollo del adolescente :aspectos físicos, psicológicos y sociales*. Obtenido de <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
- Eduardo, O. G., & Guardiola, V. J. (Enero-Junio de 2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalizacion. *Scielo*, 10(1), 11-20. doi:<https://doi.org/10.15665/rj.v10i1.295>
- Enfermería, E. d. (2018). Conductismo. En *Educacion En Enfermeria* (págs. 71-78). Rosario, Santa Fe, Argentina.
- Fermoselle Hulla, A., Pupo Duran, B. E., Pérez Macías, J., & Favier. (julio-septiembre de 2009). Aspectos relacionados con la sexualidad en adolescentes. *Revista Información Científica*, 63(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757313004>
- Fernández Poncela, A. M. (julio-diciembre de 2014). Adolescencia, crecimiento emocional, proceso familiar y expresiones humorísticas. *Educar*, 50(2), 445-466. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=342132463011>
- Frómata Ordúñez, D., Noa Garbey, M., Medina Fernández, M., Castillo Balbier, K., Colás Ballesteros, E. A., & et.al. (octubre-diciembre de 2005). Sexualidad en adolescentes. *Revista Información Científica*, 48(4). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=551757338007>
- García Roche, R. G., Cortés Alfaro, A., Vila Aguilera, L. E., Hernández Sánchez, M., & Mesquia Valera, A. (ene.-mar de 2006). Comportamiento sexual y uso del preservativo en adolescentes y jóvenes de un área de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22 (01). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252006000100003

- García Serrán, H., & Soriano Ayala, E. (2016). "Amigos con beneficios": salud sexual y estilos de apego de hombres y mujeres. *Saude e Sociedade*, 25(4). Obtenido de <https://doi.org/10.1590/S0104-12902016151111>
- González Marquetti, T., Gálvez Cabrera, E., Álvarez Valdés, N., Cobas Ferrer, F. S., & Cabrera del Valle, N. (2005). Drogas y sexualidad: grandes enemigos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(5-6). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500015&lng=es&tlng=es
- Gutierrez Capulin, R., Diaz Otero, K. Y., & Ramon Reyes, R. P. (2016). El concepto de familia en Mexico : una revision desde la mirada antropologica y demografica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>
- Hernández Moreno, L. (agosto de 2011). Adolescencia: ¿adolescer es padecer? *Salus*, 15(2), 5-6. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=375942300003>
- Issler, J. R. (Agosto de 2001). EMBARAZO EN LA ADOLESCENCIA. *Revista de Posgrado de la Cátedra Vía Medicina N° 107*, 11-23. Obtenido de https://med.unne.edu.ar/revistas/revista107/emb_adolescencia.html
- Klein, A. (Junio de 2014). Exploración de las ideas de Winnicott sobre la adolescencia y el conflicto de generac. *Estudos de psicologia (campinas)*, 31(2), 169-178. Obtenido de <https://doi.org/10.1590/0103-166X2014000200003>
- Laff, R., & Ruiz, W. (2021). *Teorías desarrolladas a fin de entender a las familias*. California: College of the Canyons. Obtenido de <https://espanol.libretexts.org/@go/page/50029>
- Lilian Acevedo, S., & López, E. H. (2019). La familia, la comunicación humana y el enfoque sistémico en su relación con la esquizofrenia. *MEDISAN*, 23(1), 131-145. Obtenido de <https://www.redalyc.org/journal/3684/368458873013/html/>
- Lillo Espinosa, J. L. (junio de 2004). Crecimiento y comportamiento en la adolescencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*(90), 57-71. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265019660005>
- López, G., & Alexandra, M. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería. *Revista CUIDARTE*, 6(2), 1108-1120. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359540742012>
- Martínez Vasallo, H. M. (2015). La familia: una visión interdisciplinaria. . *Revista Médica Electrónica.*, 37(5), 523-534. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242015000500011&lng=es&tlng=es.

- Mendoza Tascón, L. A., Claros Benítez, D. I., & Peñaranda Ospina, C. B. (2016). Actividad sexual temprana y embarazo en la adolescencia: estado del arte. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 81(3), 243-253. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75262016000300012>
- Moya Lozano, M. E., & Cunza Aranzábal, D. F. (2019). Clima social familiar y resiliencia en estudiantes de 3°, 4° y 5° año de secundaria. *Apuntes Universitarios. Revista de Investigación*, 9(2), 73-82. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=467663352006>
- Nacion, M. d. (s.f.). *Métodos anticonceptivos*. Buenos Aires. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/salud/sexual/metodos-anticonceptivos>
- Naranjo Hernández, Y., Concepción Pachecol, J. A., & Rodríguez Larreynagall, M. (sept.-dic. de 2017). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. *Gaceta Médica Espirituana*, 19(03), 89-100. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009
- Naranjo Hernandez, Y., Rodriguez Larrinaga, M., & Concepcion Pacheco, J. A. (octubre-diciembre de 2016). Reflexiones conceptuales sobre algunas teorías de enfermería y su validez en la práctica cubana. *Revista Cubana de Enfermería*, 32(4). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192016000400021
- Navarro Peña, Y., & Castro Salas, M. (juin de 2010). Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de. *Enfermería Global*, 19. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
- Núñez Del Arco, C. R. (2005). Habilidades sociales, clima social familiar y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Liberabit*, 11(11), 63-74. Obtenido de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272005000100008
- Oliva Gomez, E., & Villa Guardiola, V. J. (2014). Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. *Justicia Juris*, 10(1), 11-20. doi:<http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf>

- OMS. (2019). *Infección de Transmisión Sexual*. Obtenido de [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
- Paredes Iragorri, M. C., & Patiño Guerrero, L. A. (enero-abril de 2020). Comportamientos de riesgo para la salud en los adolescentes. *Universidad y Salud*, 22(1), 58-69. Obtenido de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072020000100058
- Pedrido Nanzur, V. (03 de 2017). El derecho a la educación sexual integral (ESI). Obtenido de <https://salud.gob.ar/dels/entradas/el-derecho-la-educacion-sexual-integral-esi>
- Pi Osoria, A. M., & Cobián Mena, A. (nov.-dic de 2009). Componentes de la función afectiva familiar: una nueva visión de sus dimensiones e interrelaciones. *MEDISAN*, 16(06). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192009000600016&lng=es&tlng=es.
- Pineda, E. B., De Alvarado, E. L., & De Canales, F. (1994). *Metodología de la investigación. Manual para el desarrollo del personal de salud*. Segunda edición.
- Rosabal García, E., Romero Muñoz, N., Gaquín Ramírez, K., & Hernández Mérida, R. A. (abril-junio de 2015). Conductas de riesgo en los adolescentes. *Revista Cubana Medicina Militar*, 44(2), 218-229. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572015000200010
- Saeteros Hernández, R. D., Pérez Piñero, J., & Sanabria Ramos, G. (2015). Conducta de riesgo y problemas sexuales y reproductivos de estudiantes universitarios ecuatorianos. *Humanidades Médicas*, 15(3), 421-439. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202015000300003&lng=es&tlng=es
- Salinas Quiroz, F., Cambón Mihalfi, V., & Silva Cabrera, P. (enero-julio de 2015). Aportes ecologico-interactivos a la psicología educativa. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 26(1), 26-37. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233245620003>
- Schmidt, V., Maglio, A., Messoulam, N., Molina, M. F., & González, A. (2010). La Comunicación del Adolescente con Sus Padres: Construcción y Validación de Una

- Escala desde un Enfoque Mixto. *Revista Interamericana de Psicología*, 44(2), 299-311. Obtenido de <https://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=28420641011>
- Soto, V. (2007). Factores asociados al no uso del condón. Estudio en adolescentes y adultos jóvenes de Chiclayo. *Anales de la Facultad de Medicina*, 67(02), 152-159. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n2/a08v67n2.pdf>
- Unicef. (2019). *Edades mínimas legales para la realización de los derechos de los y las adolescentes*. Obtenido de <https://www.unicef.org/lac/media/2646/file/PDF%20Edad%20m%C3%ADnima%20para%20el%20consentimiento%20sexual.pdf>
- Unicef. (2020). *Que es la adolescencia*. Uruguay. Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Unicef. (s.f.). *Que es la adolescencia*. *Unicef para cada infancia*. Obtenido de <https://www.unicef.org/uruguay/que-es-la-adolescencia>
- Valencia, L., & Lopez, G. C. (23 de febrero de 2011). Relaciones entre el clima social familiar y el desempeño en habilidades sociales en niños y niñas entre dos y tres años de edad. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 19-30. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/acp/v14n1/v14n1a03>
- Valenzuela Mujica, M. T., Ibarra R., A. M., Zubarew G., T., & Correa, M. L. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Valenzuela Mujica, María Teresa; al., et. (2013). Prevención de conductas de riesgo en el Adolescente: rol de familia. *Index de Enfermería*, 22(1-2), 50-54. Obtenido de <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100011>
- Valladares González, A. M. (2008). La familia. Una mirada desde la Psicología. *Medisur*, 6(1), 4-13. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298002>
- Vargas Melgarejo, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepcion. *Aleridades*, 4(8), 47-53. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74711353004>
- Vargas Rubilar, J. A. (2009). Percepcion del clima social familiar y actitudes ante situaciones de agravio. *Interdisciplinaria*, 26(2), 289-316. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18011827007&idp=1&cid=3405971>
- Vargas, E., & Barrera, F. (2002). Adolescencia, relaciones románticas y actividad sexual: una revisión. *Revista Colombiana de Psicología*, 11, 115-134. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401109>

- Vicario, M. I., & González-Fierro, M. J. (enero-febrero de 2014). Adolescencia. Aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Elsevier*, 12(1), 42-46. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-anales-pediatria-continuada-51-articulo-adolescencia-aspectos-fisicos-psicologicos-sociales-S1696281814701672>
- Walti Chanes, C. (2005). Inicio de la vida sexual y reproductiva. *Papeles de población*, 11(45), 143-176, 11(45), 143-176. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252005000300007&lng=es&tlng=es.
- Zambrano-Villalba, C. A.-M. (2017). Clima social familiar y su influencia en la conducta violenta en los escolares. *Revista Ciencia Unemi*, 10(25), 97-102. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=582661258010>